

**UNIVERSIDAD ABIERTA
INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



TESIS DE GRADO

**BIENESTAR ESPIRITUAL-RELIGIOSO Y MALESTAR
PSICOLÓGICO. LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS
ESPIRITUALES Y EL BIENESTAR RELIGIOSO EN LA
DISMINUCIÓN DEL MALESTAR PSIQUICO**

PRESENTADA POR

DEBORA SELENE SAMUS

DIRECTOR: DR. PARRA, ALEJANDRO

Título a obtener con la presentación de la tesis: *Licenciatura en Psicología*
Marzo 2018

“En el corazón de todo hombre existe un vacío que tiene la forma de Dios. Este vacío no puede ser llenado por ninguna cosa creada. Él puede ser llenado únicamente por Dios, hecho conocido mediante Cristo Jesús”.

“Prefiero equivocarme creyendo en un Dios que no existe, que no creyendo en un Dios que existe. Porque si después no hay nada, evidentemente nunca lo sabré, cuando me hunda en la nada eterna; pero si hay algo, si hay Alguien, tendré que dar cuenta de mi actitud de rechazo”.

Blaise Pascal.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me dio la gracia y el conocimiento para realizarlo todo, por dirigir mis pasos y darme la fortaleza para afrontar cualquier situación.

A mis padres, esposo, hermanas, cuñados y familia, quienes desde el comienzo creyeron en mí y durante todo el proceso su apoyo, compañía y animo nunca faltaron.

A mis amigos y conocidos que aportaron su granito de arena, sumando desde lo que estaba a su alcance para realizar esta investigación.

A mi Tutor, quien fue mi soporte desde el comienzo y sus aportes fueron inmensos.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la relación entre bienestar espiritual y rasgos psicopatológicos en practicantes religiosos devotos y creyentes no devotos. Se tomó una muestra probabilística de 181 jóvenes adultos de ambos sexos, de la ciudad autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. En relación a los instrumentos metodológicos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico, seis preguntas con la frecuencia de actividad religiosa, y dos preguntas adicionales; la Escala de Bienestar Espiritual para la medición de la dimensión existencial y religiosa del bienestar espiritual y la escala Symptom Assessment Questionnaire (SAQ-45) de síntomas psicopatológicos. Los resultados muestran que los devotos experimentan mayor bienestar espiritual en comparación con el grupo de creyentes. Además, las prácticas meditativas muestran una tendencia a mejorar el bienestar espiritual del practicante religioso y la actividad religiosa demostró ser un factor que produce una significativa disminución de los síntomas psicopatológicos. Finalmente, si bien se encontraron fuertes diferencias entre la frecuencia de la actividad religiosa en devotos en comparación con el grupo control, la intensidad de la espiritualidad produjo mayor bienestar espiritual en ambos grupos y no hubo una disminución de los rasgos de malestar psicológico en ninguno de ambos grupos.

Palabras clave: Bienestar Espiritual, Malestar Psicológico, practicas espirituales, devotos, creyentes.

Abstract

The purpose of this research was to study the relationship between spiritual well-being and psychopathological traits in devout religious practitioners and non-devout believers. A probabilistic sample of 181 young adults of both sexes was taken from the autonomous city of Buenos Aires and Greater Buenos Aires. In relation to the methodological instruments, a sociodemographic questionnaire was used, six questions with the frequency of religious activity, and two additional questions; the Scale of Spiritual Well-Being for the measurement of the existential and religious dimension of spiritual well-being and the Symptom Assessment Questionnaire scale (SAQ-45) of psychopathological symptoms. The results show that devotees experience greater spiritual well-being compared to the group of believers. In addition, meditative practices show a tendency to improve the spiritual well-being of the religious practitioner and religious activity proved to be a factor that produces a significant decrease in psychopathological symptoms. Finally, although strong differences were found between the frequency of religious activity in devotees compared to the control group, the intensity of the spirituality produced greater spiritual well-being in both groups and there was no decrease in the psychological distress features in either group. both groups.

Key words: Spiritual Well-being, Psychological Discomfort, spiritual practices, devotees, believers.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| 1 | 5 |
| ÍNDICE GENERAL | 6 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 7 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 8 |
| CAPÍTULO I | 9 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 10 |
| 1.1 Relevancia y Justificación | 13 |
| 1.1.1 Relevancia Teórica | 13 |
| 1.1.2 Relevancia Social | 13 |
| 1.1.3 Relevancia Clínica | 13 |
| CAPÍTULO II | 15 |
| 2 MARCO TEÓRICO | 16 |
| 2.1 Bienestar Espiritual | 16 |
| 2.1.1 Religión y Espiritualidad | 16 |
| 2.1.2 El cristianismo: religión y espiritualidad evangélica | 22 |
| 2.2 Relaciones entre la psicología y la espiritualidad- religión | 26 |
| 2.3 Malestar psicológico | 31 |
| 2.4 Relación entre espiritualidad, religiosidad y malestar psicológico | 35 |
| CAPÍTULO III | 37 |
| 3 METODOLOGÍA | 38 |
| 3.1 Objetivos | 38 |
| 3.1.1 General | 38 |
| 3.1.2 Específicos | 38 |
| 3.2 Hipótesis | 38 |
| 3.3 Nivel y Tipo de Investigación | 39 |
| 3.4 Población | 39 |
| 3.5 Muestra | 40 |
| 3.6 Instrumentos | 40 |
| 3.6.1 Cuestionario Sociodemográfico | 40 |
| 3.6.2 Escala de Bienestar Espiritual de Ellison (Lascano & Coppolillo, 2010) | 40 |
| 3.6.3 Symptom Assessment Questionnaire (SAQ-45) (Davison et al., 1997) | 41 |
| 3.7 Plan de Análisis | 43 |
| 3.8 Procedimiento | 43 |
| CAPÍTULO IV | 44 |
| 4 RESULTADOS | 45 |
| CAPÍTULO V | 51 |
| 5 DISCUSIÓN | 52 |
| ANEXOS | 57 |
| INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS | 58 |
| GRÁFICOS | 1 |
| REFERENCIAS | 5 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1. SEXO DE LOS PARTICIPANTES | 54 |
| GRÁFICO 2. LUGAR DE RESIDENCIA | 54 |
| GRÁFICO 3. PROFESION O ACTIVIDAD LABORAL | 54 |
| GRÁFICO 4. ESTADO MARITAL | 55 |
| GRÁFICO 5. GRADO DE ESPIRITUALIDAD | 55 |
| GRÁFICO 6. FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL TEMPLO | 55 |
| GRÁFICO 7. FRECUENCIA DE MEDITACION | 56 |
| GRÁFICO 5. FRECUENCIA DE ESCUCHAR PROGRAMAS RELIGIOSOS | 56 |
| GRÁFICO 6.FRECUENCIA DE LECTURAS BIBLICAS | 56 |
| GRÁFICO 7. NIVEL DE RESILIENCIA QUE POSEÍAN LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011. | 42 |
| GRÁFICO 5. GRADO DE ESPIRITUALIDAD | 55 |
| GRÁFICO 6.FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL TEMPLO | 55 |
| GRÁFICO 7. NIVEL DE RESILIENCIA QUE POSEÍAN LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011. | 42 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA I. ALGUNOS AUTORES REFERENTES EN LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA DE LA RELIGIÓN Y SUS APORTES MÁS DESTACADOS. | 24 |
| TABLA II. LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO MALESTAR PSICOLÓGICO. | 30 |
| TABLA III.: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS. | 41 |
| TABLA IV: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS DEVOTOS Y EL GRUPO CONTROL. | 41 |
| TABLA V: ACTIVIDADES RELIGIOSAS EN DEVOTOS Y GRUPO CONTROL. | 42 |
| TABLA VI. COMPARACION ENTRE DEVOTOS Y GRUPO CONTROL EN BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS. | 43 |
| TABLA VII. : CORRELACION ENTRE FRECUENCIA DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS CON BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN DEVOTOS Y GRUPO CONTROL | 44 |
| TABLA VIII. CORRELACION ENTRE GRADO DE ESPIRITUALIDAD CON BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN DEVOTOS Y GRUPO CONTROL | 45 |
| TABLA IX. COMPARACION ENTRE DEVOTOS CON CARGO Y SIN CARGO EN LA IGLESIA/TEMPLO EN BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS | 45 |
| TABLA X. COMPARACION ENTRE DEVOTOS Y GRUPO CONTROL EN FRECUENCIA DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS | 45 |
| Tabla XI. FRECUENCIA DE ORACION DE ACCION DE GRACIAS. | 46 |
| Tabla XII. CARGO O RESPONSABILIDAD EN LA ORGANIZACIÓN RELIGIOSA. | 46 |
| Tabla XIII. PARTICIPACION DEL ENTORNO CERCANO QUE PARTICIPE DE LA RELIGION QUE PROFESA. | 46 |

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Con frecuencia, la religiosidad y la espiritualidad son consideradas como herramientas para aquellas personas que están en situación de enfermedad o sufriendo diferentes dificultades que lo afectan. Mueller, Plevak, y Rummans (2001, citados en Rivera-Ledesma y Montero, 2007), han destacado la importancia del afrontamiento religioso para los pacientes con enfermedades crónicas de difícil pronóstico (VIH, dolor crónico, cardiopatías, enfermedades renales en etapa final, esclerosis múltiple, entre otros), así como los beneficios que por su mediación es posible obtener (menor ansiedad ante la muerte, mayor aceptación y demás). En relación, distintos investigadores han aportado evidencia sobre la importante asociación entre la vida espiritual y la salud física y mental de los sujetos (Yates, Chalmer, y James, 1981; Silberfarb, Anderson, y Rundle, 1991; Koenig, George y Siegler, 1988; Zuckerman, Kasl, y Osfeld, 1984; Gardner y Lyon, 1982; Armstrong, Merwyk y Coates, 1977; Cutler, 1976; Edwards y Klemmack, 1973; Meisenhelder y Chandler, 2002 entre otros, citados en Rivera-Ledesma y Montero, 2007).

Sin embargo, la medicina occidental y, en particular, algunos de los profesionales de la salud mental han mantenido dos miradas hacia la influencia de estas prácticas: 1) negación, ya que no consideran importantes estas cuestiones por estar fuera de su área de interés principal; 2) el impedimento para caracterizar las experiencias religiosas de sus pacientes como parte de salud mental (Gastaud, Dias de Mattos Souza, Braga, et. Al., 2006). Estos conceptos no son más que un reflejo del modelo médico que se tuvo a lo largo de la historia de la salud mental, en donde se buscaban síntomas que reflejen enfermedad y no aspectos positivos de los seres humanos que promuevan el bienestar, tales como sus fortalezas, la satisfacción, la esperanza y sus beneficios (Nogueira,2015).

Por otra parte, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el 24% de los pacientes que asisten a los centros de atención Primaria cuenta con trastornos psiquiátricos, tales como la depresión, la ansiedad y el uso inadecuado de sustancias.

Durante los últimos años se han realizado gran cantidad de estudios sobre la prevalencia de las perturbaciones mentales en la población general quienes pusieron en evidencia que los trastornos mentales son frecuentes y que causan

una alta discapacidad. En los países occidentales donde se han realizado estos estudios, aproximadamente una de cada 4 personas cumplía criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegaba a presentar un trastorno en algún momento de la vida, según refiere Gastaud, et. al. (2006).

En relación a estos datos, se estima que, probablemente, el 21% de la población argentina mayores de 15 años padece alguno de los trastornos mentales en el último año, tales como abuso o dependencia de drogas, abuso o dependencias de alcohol, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés pos traumático, trastorno de pánico, trastorno bipolar, agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno bipolar, distimia, depresión mayor, psicosis no afectiva¹. Del total de estas patologías, el alcoholismo llega a un 27,5%, lo que equivale a 1.438.785 de hombres afectados y 219.536 de mujeres; seguido por la depresión mayor con 26,5%, compuesto por 1.113.363 mujeres y 513.852 hombres. Los trastornos post traumáticos y la ansiedad generalizada siguen en grado de importancia con 7,4% y 6,4% respectivamente.

Estos datos ponen en evidencia la necesidad de desarrollar nuevas formas de promover la salud mental de la población, considerando todos sus componentes tanto biológico, como social y psicológico, dándole lugar, también, a la dimensión espiritual como parte del ser humano.

Particularmente en Argentina, el llamado "País del papa", una encuesta realizada por el CONICET revela que 9 de cada 10 argentinos dice creer en Dios y, según lo comenta Sorh y Riera (2013) el 76,5% se considera católico, pero solo el 31% dice ser practicante de esta religión², declarada como principal en el país por la Constitución Nacional Argentina en el artículo 14. Sin embargo, un estudio del Pew Research Center en países de América Latina, dan cuenta de cambios en las identidades religiosas en los últimos años, donde se habla de una merma de la adscripción al catolicismo y crecimiento de la afiliación evangélica (Esquivel, Mallimaci, 2015). Estos mismos autores mencionan que, según el Atlas de las Religiones de Le Monde Diplomatique "el cristianismo será, hacia 2050, la religión mayoritaria". (Esquivel, Mallimaci, 2015)

¹ Cálculo realizado con los datos de la publicación de Rodríguez, J.; Kohn, R.; Levav, I. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Salud Mental en la comunidad* (2009) y las proyecciones de población del INDEC para el año 2010

² "Los números de los católicos en el país del Papa", diario digital Chequeado.com.

De estas cifras y como parte de esta población, forman parte jóvenes adultos (18- 35 años), quienes deciden vivir profesando su fe asistiendo a reuniones religiosas, participando de conciertos de música, campamentos, congresos, seminarios de capacitación teológica, diferenciándose entre sus pares por su comportamiento moral, su vocabulario y sus prácticas como la oración, la lectura bíblica, el perdón y el amor al prójimo, tomando la espiritualidad y la religión como un modo de vida.

Pero, ¿se podría considerar esta manera de vivir como una experiencia que promueve la búsqueda de trascendencia, esperanza, propósito y sentido de la vida? ¿Se vería reflejada en una escala de Bienestar espiritual y religioso? ¿Tendría una influencia en la salud mental? ¿Disminuiría síntomas de malestar psicológico? Ante la falta de un desarrollo más amplio en el ámbito de la psicología que permita responder estas preguntas, se suma el siguiente cuestionamiento a los planteados anteriormente: ¿podría establecerse una relación entre el bienestar espiritual- religioso y el malestar psicológico en jóvenes? ¿Podría influir este modo de vida en aspectos sociales, subjetivos y comportamientos positivos en el sujeto?

Rivera-Ledesma y Montero (2007) definen la Espiritualidad como la vivencia personal de lo divino y la Religiosidad como una etapa de socialización en donde la persona sustenta del saber la orientación de sus conductas que buscan la experiencia de conectarse con lo divino.

Si bien el estudio de la espiritualidad y su influencia en la población puede ser un factor protector, como también perjudicial para la salud mental; en esta investigación se va a evaluar desde el aspecto positivo como lo es el bienestar espiritual, definida por Gastau et. Al. (2006) como la apreciación subjetiva de bienestar de un sujeto en proporción con su creencia, sea en su relación con Dios como con su componente existencial (satisfacción con la vida y propósito en ella).

Partiendo de estos interrogantes planteados, comprendiendo que la práctica religiosa y espiritual es un fenómeno histórico, social y cultural con variadas repercusiones físicas y psíquicas, y buscando poner en el centro las creencias religiosas y sus beneficios personales desde una visión de la psicología, este trabajo busca demostrar empíricamente si en creyentes evangélicos

autodefinidos como practicantes³ hay un mayor Bienestar Espiritual y un menor Malestar Psicológico en comparación a aquellos creyentes en Dios pero que no lo practican.

También se evaluará si a asistencia a ceremonia, la participación y las prácticas de carácter religioso influye en alguna de las variables a examinar. Tanto la religiosa como la frecuencia de las prácticas serán definidas por la consideración personal de cada participante.

1.1 Relevancia y Justificación

1.1.1 Relevancia Teórica

El presente estudio representa un aporte en el marco de la psicología ya que permitirá conocer aspectos que raramente son abordados en psicología, en relación al beneficio de los jóvenes sobre un modo de vida conectado a lo religioso y espiritual, ampliando los conocimientos vinculados a los efectos de la espiritualidad en la disminución de los síntomas psicopatológicos en jóvenes-adultos. No se hallaron muchos estudios relacionados en esta área y el poco material que se encuentra a disposición, está en diferentes idiomas.

1.1.2 Relevancia Social

La presente investigación se propone ampliar el conocimiento relacionado al bienestar espiritual y su efecto, o no, en la salud psicológica de los sujetos en el contexto argentino, en donde el fenómeno religioso es de una amplia importancia e interés aportando los resultados a las escasas publicaciones realizadas sobre el tema en América Latina (Quiceno y Vinaccia, 2009).

1.1.3 Relevancia Clínica

La vida espiritual y religiosa debe ser tenida en consideración para el psicólogo clínico en términos de ayudar y comprender a los pacientes que están

³ Se define como *no practicante* aquellos que, si bien, creen en Dios o un ser superior, o tienen una religión heredada no participan de manera activa en una religión o no llevan adelante una práctica concreta. (García Jiménez, 2007).

inmersos en esta área, colaborando a desarrollar herramientas que estén relacionadas con su saber y su modo de vida.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Bienestar Espiritual

El bienestar espiritual es definido por Ellison (1983) como la armonía interna entre el propio ser, la relación con los otros, con el orden natural o un ser superior que represente poder y se manifieste a través de expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial (hacia una fuerza superior o el ser) y una religiosa (hacia sí mismo y hacia los demás). Este bienestar puede ser percibido, reconocido y medido.

2.1.1 Religión y Espiritualidad

Koenig, McCullough y Larson, 2001 (citado en Quiceno & Vinaccia, 2009) definen la religión como un sistema organizado de creencias, prácticas símbolos y rituales diseñados para facilitar el contacto con lo trascendente, sea planteado como Dios o un poder más alto. Según Vanistendael (2003) la religión sitúa la vida espiritual en un grupo social, organizado como una comunidad que comparten una tradición. Esta se basa en la fe en Dios, busca una organización y una expresión comunitarias, así como un crecimiento para la vida espiritual.

La religión se puede definir como un conjunto de prácticas y normas que van de acuerdo a creencias que cada uno manifiesta, pero el contenido principal de ellas y el centro de toda religión es la espiritualidad, definiéndose como aquella que nutre la creencia y le da sentido mediante la fe (Salgado, 2014). La religiosidad es el comportamiento expresado del sistema de creencias, la doctrina y los cultos de la religión. Esta se vive en lo social como un conjunto de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen la vida de las personas que están vinculadas a lo divino, pretendiendo ser un compromiso con prácticas y creencias que caracterizan una tradición religiosa en particular (Salgado, 2014).

Por lo tanto, se puede definir que la religión son creencias, tradiciones o conjunto de prácticas organizado que tiene tres componentes relevantes dentro

de sí: un ser supremo o trascendental; fe, creencias o un aspecto espiritual; y personas, llámese comunidad, seguidores, practicantes o feligreses.

En relación, hay muchos autores que diferencian dos tipos de Religiosidad: una Intrínseca, definida por el modo en que las personas interiorizan el compromiso de la creencia religiosa que profesan, cuestionándolas y viviéndola de manera madura y coherente asociado a un aumento en el aspecto cognitivo, donde la persona es la propia fuente de motivación (Rodríguez-Fernández, 2011, citado en Nogueira 2015); y la religiosidad extrínseca, conceptualizada como la orientación a las normas, (Allport & Ross, 1967, citada en Nogueira 2015), en donde el creyente vive la religión de manera utilitaria para ganar posición social, seguridad u otras metas (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2007).

Levin, 1994 (como se citó en Pérez, Sandino & Gómez, 2005) halló que la práctica de la religión, como actividades de devoción públicas (asistencia a una organización religiosa de manera frecuente) y privadas (ritos religiosos, oración y meditación, sosteniendo una relación personal con Dios), produce en las personas sentimientos de autoestima positiva.

En 1997 Pargament (como se citó en González, 2004) se refirió a la religión como una estrategia de afrontamiento activo para superar de una mejor manera los cuestionamientos de la existencia, ya que le permiten a la persona:

- Buscar significado existencial para ciertas circunstancias que generan estrés en la vida.
- Construir o reconstruir los sucesos o dificultades de la vida según su significado.
- Contribuir a los procesos de afrontamiento un sistema de orientación.
- Introducir el sistema de orientación en técnicas específicas de afrontamiento.
- Buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de conservación y transformación de significado de los acontecimientos vitales.
- Mediante diversas formas que son convincentes para ellos, tratar de solucionar los problemas.

- Resolver los problemas a través de mecanismos que son parte de su sistema cultural.

Según Ellison, Gay y Glass (1991), Ferraro y Koch (1994) Ellison et al., 1991 (como se citó en Pérez et al., 2005) la religión aporta un sentido de propósito que diferentes tipos de apoyo social no pueden ofrecer. Puede proveer ayuda luego de vivencias traumáticas, así como brindar una fuente de esperanza a las personas que deben luchar con sus problemas a diario. Además, pueden dar un significado diferente a esos problemas para que sean percibidos de manera más satisfactorias, acrecentando los niveles de satisfacción con la vida.

Diversas investigaciones realizadas en cuanto a los efectos de la religiosidad sobre la salud mental demuestran que puede ser positivamente asociada con sentimientos de bienestar y satisfacción vital (Valiente-Barroso & García-García, 2010). Sentimientos como el optimismo y la esperanza parecen presentarse con mayor frecuencia en individuos religiosos respecto a no-religiosos. Pérez et al., (2005) hallaron una correlación negativa significativa entre el nivel de depresión y pertenecer activamente a un grupo religioso o espiritual en adultos tanto varones como en mujeres.

La religión juega un papel importante (como se citó en Martínez, 2006): en el afrontamiento de la enfermedad y el estrés psicológico (Handal, Black-López & Moergen, 1989; Williams, Larson, Buckler, Heckmann & Pyle, 1991; Pargament, 1997), está asociada a la capacidad de perdonar (Rye et al., 2000), la amabilidad (Ellison, 1992), la compasión (Wuthnow, 1991) y la implicación en la iglesia de acuerdo a Hodgkinson, Weitzman y Kirsch (1990), Schervish (1990), Regnerus, Smith y Sikkink (1998), Smith, Fabricatore y Peyrot (1999), Mattis et al., (2000), es a menudo un predictor de altruismo, voluntariado y filantropía (como se citó en Martínez, 2006). Un extenso análisis longitudinal sobre la salud noruega, realizado por científicos de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología, basado en 120.000 personas, dio cuenta que la asistencia a la iglesia se relaciona con una baja presión sanguínea. Los investigadores descubrieron que existía, concretamente, una relación positiva entre el tiempo que se pasa en la iglesia y una baja presión sanguínea, tanto en mujeres como en hombres, quedando demostrado que cuanto más a menudo iban las personas participantes a la iglesia, más baja era su presión sanguínea. En otras palabras,

aquellas quienes eran más religiosamente activas estaban en mejor estado de salud que las que no eran religiosamente activas (Lorenzo, 2012). Alrededor de diez años atrás, se llegaron a encontrar 1200 estudios empíricos, de los cuales, cerca del 90 % demostraban una influencia positiva de la religiosidad en la salud (Levin, 2001 citado en Valiente-Barroso, García-García, 2010).

Varios metaanálisis y revisiones, atestiguan que existe una correlación entre la participación activa y de manera frecuente en prácticas religiosas y el decremento en morbilidad y mortalidad (Ball, Armistead & Austin, 2003; Oman, Kurata, Strawbridge & Cohen 2002, citado por Valliente- Barroso et.al. 2010). De modo específico, Valliente- Barroso et.al. (2010) cita diferentes estudios que han descubierto menos complicaciones y estancia hospitalarias más breve, junto a una más rápida recuperación, respecto a cirugía cardíaca (Contrada, Goyal, Cather, Rafalson, Idler & Krause 2004), intervenciones en cadera (Pressman, Lyons, Larson & Strain 1990) y en columna vertebral (Hodges, Humphreys & Eck, 2002). De igual manera Valliente- Barroso et.al. (2010), menciona que se han constatado menos sobrevivientes de pacientes con cáncer de mama que no estaban vinculadas a ninguna religión (Van Ness, Kasl, & Jones, 2003), así como la presencia de la correlación entre la pertenencia a una confesión religiosa y mayor longevidad posterior respecto a esta misma patología.

A partir de una investigación llevada a cabo por Yoffe (2012), se determinaron efectos positivos que la religión promueve a partir de sus creencias, enseñanzas, textos sagrados, que pueden ser vistos como apoyo en situaciones de duelo o pérdidas de cualquier tipo. Además, se concluyó que es relevante para el afrontamiento la participación de los representantes de los credos religiosos en estas situaciones, quienes fueron mencionados por los entrevistados como un tipo de apoyo afectivo y espiritual, a causa de que suelen, en general, estar capacitados para brindar acompañamiento a aquellos que sufren enfermedades, como a sus familiares que se preparan para enfrentar la muerte de sus seres queridos. De igual modo, se le da una relevancia importante al acompañamiento del representante del credo religioso en momentos de duelo para mantener la salud física y emocional, a través de estar más relacionados con sentimientos positivos (Barbosa, 2012).

Como se ha demostrado mediante la recopilación de algunos estudios llevados a cabo durante diversos años, la religión cumple funciones

fundamentales en la vida de las personas; funciones de dar esperanza en situaciones de gran dificultad, sentido existencial y apoyo social, entre otras. Sin embargo, la religión podría asemejarse a la medicina: la utilización adecuada conduce a la salud y, por el contrario, el uso imprudente puede llevar a la muerte. Una religión mal orientada, manipulada o cuando su práctica se aleja significativamente de sus objetivos iniciales, puede ser muy perjudicial y conducir a la desdicha, como Mafla Terán (2013) lo expresa en palabras de José Saramago. Por lo cual, es importante un componente espiritual. La religión es de carácter social, hace de contenedor de protector y de soporte social, en especial manera se refleja en su significado al pensar la palabra "religión", que se entiende desde el latín como *Religare*, del verbo religar referido como volver a unir. En este contexto, unir al ser humano con la divinidad o cualquier otra realidad a través de la relación social que brinda (Mafla Terán, 2013). Y esto se debe a su aspecto singular y personal, sin el cual, se encontraría vacío del componente divino, aquello que trasciende lo biológico, psicológico y social. Si la persona religiosa incorpora a sus emociones, pensamientos y conductas al saber de la religión que profesa y se complementa con la experiencia de lo divino, el resultado puede ser la Espiritualidad. (Nogueira, 2015)

En 1991, Reed (como se citó en Rodríguez, Fernández, Pérez & Noriega, 2011) planteó la espiritualidad como la capacidad de auto trascendencia que permite al ser humano ampliar los límites personales y ubicarse hacia actividades y objetivos más allá de los propios, sin negarse el valor del ser en el contexto presente.

Ellison (1983) define la espiritualidad como la necesidad innata de trascendencia y que proporciona sentido y orientación y propósito a la vida. Esta necesidad, Zohar y Marshall (2001) lo justifican definiendo al ser humano como esencialmente espiritual por lo cual esta búsqueda se debería a lo propio del ser humano. Desde la psicología analítica, Carl Gustav Jung, plantea lo espiritual como un aspecto primario de todo ser humano y le da el nombre de trascendencia, planteándolo como un proceso en el que surge una esencia profunda que une al sujeto con toda la humanidad y el universo, que permite la autorrealización de sí mismo (Engler, 2001)

Victor Frankl (1990), por su parte, define la espiritualidad como la dimensión propia del ser humano que le permite afrontar los condicionamientos biológicos, psíquicos y sociales, y superarlos. En sus palabras:

“Lo espiritual no es algo que sólo caracteriza al hombre, igual que lo hacen lo corporal y lo psíquico, que son también propios del animal, sino que lo espiritual es algo que distingue al hombre, que le corresponde a él y ante todo a él”. Pag 78.

La espiritualidad también es definida como la necesidad de encontrar respuestas adecuadas a preguntas relacionadas con temas acerca de la vida, la enfermedad y la muerte (Brady, Peterman y Fitchett, 1999). McSherry (2000) lo definió como el deseo de identificar algún propósito y significado en nuestra vida que da motivación y objetivos, proporcionando a su vez, una sensación de satisfacción.

Ledesma (2007) utiliza las palabras de James (1919) para conceptualizar lo espiritual como la percepción de emociones, actos y vivencias, de manera individual, cuando se aprecian a sí mismos en relación con lo que consideran lo divino. Este mismo autor, (Ledesma, 2007) define lo espiritual como un estado interno que tiene como característica el sentimiento de integración con la vida y el mundo, de manera dinámica; que se despliega en la singularidad del sujeto y a posterior se expresa en lo social. En tanto lo singular da sentido y sustenta a la experiencia, lo social resguarda, protege y provee una dirección formal. El segundo es estructura y el primero, proceso (Rivera- Ledesma y Montero-López Lena, 2005).

Según investigaciones de Koenig (2008) los estados negativos de depresión, ansiedad, suicidio, entre otros, estarían condicionados por valores bajos o inadecuados del significado, propósito, conexión y los otros aspectos de la salud mental positiva, por lo que ha planteado que la espiritualidad parece aportar recursos para la salud mental e indirectamente para la salud física.

La espiritualidad se ha correlacionado con menor mortalidad, menor depresión, menor riesgo de cirrosis, enfisema, suicidio y muerte por isquemia cardiaca, así como una menor asistencia a hospitales para utilizar sus servicios, e inclusive menor presencia de deseos de fumar (Salgado, 2014). De igual manera, la revisión hecha por Levine en 1997, de más de 250 estudios, evidenció una disminución del cáncer y otros sufrimientos crónicos médicos, siendo

consistente con diferentes religiones y diversas culturas (como se citó en Pinto, 2007). En relación, estudios realizados con pacientes diagnosticados con cáncer, dan cuenta que la espiritualidad favorece en la función inmune, aumenta la supervivencia a la enfermedad, reduce los síntomas y los efectos adversos del tratamiento, beneficia estilos de vida y conductas más sanas, y por lo tanto ayuda a un menor riesgo de enfermedades, y en general, mejora la calidad de vida (San Martín, 2007, citado en Salgado 2014).

Por su parte, Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya encontraron en 2005 una relación positiva entre la salud y los altos niveles de bienestar espiritual en una población de personas adultas. Llegaron a la conclusión que, en esa población, la relación cercana con Dios permite percibir el ambiente como fuente de oportunidades y no de obstáculos.

Por otro lado, desde el ámbito terapéutico, se ha investigado científicamente la influencia de la espiritualidad sobre la conducta en situación de discapacidad y se han encontrado resultados que muestran que los pacientes con una enfermedad crónica incapacitante han mejorado los comportamientos o los resultados de algunos tratamientos, ya que influye en su adaptación, la asociación entre las creencias y los temores de quienes están internados, las estrategias de afrontamiento positivo, los patrones de este afrontamiento y su relación con el estrés, la relación entre los valores y el afrontamiento, y el apoyo en el afrontamiento positivo. (Sánchez, 2009).

A partir de los conceptos referidos, se puede definir la religiosidad como la práctica de rituales y las creencias que pueden demostrarse, o no, en el contexto de una institución religiosa. En cambio, la espiritualidad no necesariamente es alcanzada por una persona por ser parte de una religión o credo en particular, sino que por más que sea expresada en ese contexto, es meramente individual. Además, por mucho que las religiones o credos propongan ritos o prácticas que son promovidas como maneras de alcanzar lo espiritual y sagrado, varias de ellas no están vinculadas ni validadas por la cultura.

2.1.2 El cristianismo: religión y espiritualidad evangélica

Wynarczyk (1998), define las Iglesias Evangélicas o movimiento evangélico como congregaciones y denominaciones cristianas protestantes difundidas por

todo el mundo, afirmadas en tres creencias básicas: la Trinidad, la Salvación solo por la Fe en Cristo y la certeza de la Biblia. Además, sus características principales son la evangelización, la experiencia personal de la conversión a través de la fe orientada bíblicamente y la fe manifestada en diferentes ámbitos y temas sociales y culturales. La religión se basa en el compromiso y la relación individual con Cristo. Creen que cada persona tiene la necesidad de un renacimiento espiritual.

A partir de las diferentes interpretaciones de la Biblia, se pueden hallar distinciones a nivel de eclesiología (gobierno), liturgia (estilo de adoración) o doctrinas secundarias, dando lugar a lo que se conoce como denominaciones. (Wynarczyk, 1998)

El término “evangélico”, citando su léxico original, se refiere a la creencia de que Jesús es el Salvador. La palabra evangelio viene del griego ευαγγελιον euangelion, (buenas nuevas), de eu 'buen' y angelion 'mensaje'. La expresión que se utiliza frecuentemente “mensaje evangélico” se refiere a este significado; es decir, la buena noticia de la salvación de las almas. Por lo cual, ser evangélico significaría lo mismo que ser cristiano: sería proclamar las buenas nuevas del Nuevo Testamento. En relación a esto, se utiliza el término evangélico para nombrar genéricamente a los cristianos protestantes y a sus iglesias (Esquivel, 2001).

El cristianismo evangélico surge a partir de la reforma representada por un doctor y profesor teólogo llamado Martin Lutero, quien alrededor de 1512 difunde unos documentos en contra de la doctrina enseñada por la iglesia católica en aquellos tiempos, estableciendo las bases de una nueva doctrina. Roper (2017), refiere:

“Todo el cristianismo evangélico que surgirá a partir de aquí se basa en esa misma experiencia de conversión por la que el individuo se siente perdonado y renacido no por sus propias obras sino por la gracia de Dios... De parte del hombre es la fe la que salva, no las buenas obras, pues juzgadas por rectitud y santidad de Dios, los méritos que puedan conseguir nunca serán suficientes para ganarse la salvación. Si la salvación se alcanzara por méritos humanos, nadie podría estar seguro de que sus deméritos, sus constantes fallos, arruinen por completo la

salvación que en unos momentos se gana y en otros se pierde. Es la fe, sostenida en la promesa del evangelio, la única que pueda dar esperanza al creyente de su salvación eterna. Los énfasis pueden variar, los detalles discrepar, pero esta es la doctrina y la experiencia fundamental que cimienta el nuevo ser del cristiano reformado o evangélico”. ⁴

En el marco planteado por Wilber (2007), la Espiritualidad Cristiana es la realización plena de la revelación dialogante y continua de un Dios que camina al lado de su pueblo, por amor. Es concreto, personalizado y dinámico; es donde el Espíritu de Dios actúa en el espíritu de los humanos y le brinda energía, libertad, vida en plenitud (Casaldáliga & Vigil, 1992, citado en Lemos 2010).

Anselm Grüm (2006) menciona a la Espiritualidad cristiana con unas características fundamentales:

- De crecimiento personal continuo, porque es un camino que, a partir de la aceptación en la vida personal, dirige al hombre a ser sí mismo para comenzar la vivencia de la experiencia de Dios, dejándose habitar y gobernar por El.
- Autora de unidad, ya que produce sentimientos de compañerismo, solidaridad y elimina las discriminaciones.
- Vivida como personal, en el aquí y ahora de manera individual, en medio de la cotidianidad.
- Buscadora de Dios, no a través de ritos, ni personas o sentimientos, sino por la vivencia del amor y no de experiencias místicas ni sacrificios. En relación podemos hallar en La Biblia: *“Me buscarán y me encontrarán, cuando me busquen de todo corazón”* (Jeremías 29:13 Nueva Versión Internacional.).
- Total, porque examina a la persona de manera global, con toda su realidad propia.
- Humilde, ya que cada sujeto debe aceptarse como es, con sus fortalezas y debilidades, ya que *“...porque cuando soy débil, entonces soy fuerte”* (2° Corintios 12:10. Nueva Versión Internacional.)

⁴ A. Roper, ob. Cit., p.16

Para la persona que practica esta religión, Dios se revela y muestra en la Sagrada Escritura, pero cree que Él sigue hablando de manera personal, a través de las propiedades innatas (inteligencia, cuerpo, afectividad, voluntad) ya que no es necesaria el aislamiento sino vivir de manera plena en todos los niveles, a través de la oración y el discernimiento, que es lo que posibilitan alcanzar el fundamento de la vida. El reto de esta Espiritualidad es dejar de lado las leyes, costumbres y ritos de la religiosidad y vivir un compromiso diario que de testimonio en todos los ámbitos personales (Lemos, 2010).

El bienestar se encuentra, para los cristianos, en la relación personal con Dios. Él es quien brinda significado en las situaciones difíciles y quien ofrece la dicha en todo momento. En La Biblia, se hallan pasajes que dejan en evidencia estas ideas:

- La felicidad es un regalo de Dios.

“He aquí, pues, el bien que yo he visto: que lo bueno es comer y beber, y gozar uno del bien de todo su trabajo con que se fatiga debajo del sol, todos los días de su vida que Dios le ha dado; porque esta es su parte. Asimismo, a todo hombre a quien Dios da riquezas y bienes, y le da también facultad para que coma de ellas, y tome su parte, y goce de su trabajo, esto es don de Dios. Porque no se acordará mucho de los días de su vida; pues Dios le llenará de alegría el corazón”. (Eclesiastés 5:18-20. Reina Valera 1960)

- Estando en Dios se está en plenitud y satisfacción

“Me mostrarás la senda de la vida; En tu presencia hay plenitud de gozo; Delicias a tu diestra para siempre” (Salmos 16: 11. Reina Valera 1960)

En cuanto a las prácticas que se promueven realizar dentro del cristianismo son la meditación, lecturas religiosas y oración en privado, que están estrechamente relacionados. La meditación cristiana, desde el siglo IV a. C. es llamada *lectio divina* que significa "lectura sagrada" y está conformada por cuatro etapas: *lectio* (lectura), *meditatio* (meditación discursiva), *oratio* (efectiva oración), y *contemplatio* (contemplación). En la primera etapa, *lectio* (lectura), uno encuentra un pasaje bíblico y lo lee deliberadamente. El siguiente estado, *meditatio* (meditación discursiva), es donde uno examina el texto. En el estado *oratio* (efectiva oración), uno habla con Dios en relación a la lectura,

pidiéndole que revele la verdad. En el estado final, estado de *contemplatio* (contemplación), uno simplemente descansa en la presencia de Dios. ⁵

Según la Biblia, la meditación está dirigida hacia los siguientes puntos⁶:

- La ley de Jehová (**Salmo 1. 1 al 3**)
- El corazón del hombre (**Salmo 4.4 al 8**)
- Los caminos del Pueblo de Dios (**Hageo 1.1 al 15**)
- La obra de Dios (**Salmo 77, 11 y 12; 145, 5**)

Por otro lado, la asistencia al templo en donde se invita al creyente asistir fielmente a los cultos públicos de adoración y cultivar el compañerismo personal con los demás. Se sostiene que la vida cristiana no puede vivirse de manera aislada, sino que al ser la “familia de Dios” se brinda la protección, el estímulo, el buen ejemplo y la instrucción que ésta da (Crane, Diaz, 1992).

2.2 Relaciones entre la psicología y la espiritualidad- religión

La relación entre espiritualidad, religiosidad y psicología se puede hallar desde principios de la historia. El propio origen de la disciplina funda sus bases en la filosofía y el pensamiento, que aparece denominada por Aristóteles como «ciencia del alma», quien consideraba que los fenómenos psíquicos no pueden separarse del estudio del alma. Para los antiguos, tener vida era equivalente a tener alma, que poseía la capacidad de sentir, razonar, pensar, imaginar, entre otros (Nogueira, 2013).

En los últimos cien años es cuando comienzan a surgir investigaciones relacionadas con la Espiritualidad y la Religión, incorporándose al mundo académico (Quiceno & Vinaccia, 2009) siendo denominada como Psicología de la Religión (Van Belzen, 2006) y donde se comenzó a evaluar el impacto que tiene la práctica religiosa o espiritual en la vida de los sujetos. Quienes llevaron a cabo las primeras investigaciones fueron William James (1902/1961), Edwin Starbuck (1899), Stanley Hall (1904,1917) y George Coe (1900) (citados en Yoffe, 2012).

⁵ Recuperado de <https://www.allaboutgod.com/spanish/meditacion-cristiana.htm>

⁶ Martin Gómez (s/f) recuperado de <https://e625.com/la-meditacion/>

A continuación, se mencionan brevemente los principales aportes de diversos autores que constituyen los fundamentos de la psicología de la religión (ver tabla 1).

TABLA 1

Algunos autores referentes en la historia de la psicología de la religión y sus aportes más destacados.⁷

| Autor | Obra de referencia | Simbiosis «psicología religión» |
|-------------------------|-----------------------------------|---|
| C. Jung (1875-1961) | On the Nature of the Psyche | Apreciación positiva del simbolismo asociado a lo religioso |
| A. Adler (1870-1937) | Individual Psychology | Superior eficacia motivacional de la religión respecto a la ciencia |
| G. Allport (1897-1967)) | The Individual and his Religion | Religiosidad madura (intrínseca, dinámica y positiva) vs Religiosidad inmadura (extrínseca, egocéntrica y negativa) |
| H. Erikson (1902-1994) | Gandhi's truth | Influencia de lo religioso en el desarrollo adecuado de la personalidad |
| E. Fromm (1900-1980) | Psychoanalysis and Religion | Religiosidad auténtica (puede incrementar las potencialidades vs Religiosidad de práctica (tiende a fomentar el neuroticismo) |
| J. Hillman (1926-2011) | Re-Visioning Psychology | Punto de referencia de la aceptación de los valores religiosos en la psicoterapia |
| K. Pargament (1950-) | Psychology of Religion and Coping | Tres tipos de estilos religiosos para afrontar el estrés y cuatro posturas principales hacia la religión que han sido adoptadas por psicoterapeutas |

⁷ Tomado de Carlos Valiente-Barroso (2013), "Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia". Revista de Historia de la Psicología.

| | | |
|--------------------|-------------------------------------|--|
| R. Emmons (1958-) | The Psychology of Ultimate Concerns | El ejercicio espiritual promueve la integración de la personalidad |
|--------------------|-------------------------------------|--|

William James (1902) fue el pionero en destacar la religión en las personas sanas y en los enfermos del alma. Como se dijo anteriormente, fue el primero en relacionar la religión y la experiencia humana a través de estudios del efecto tanto a nivel cognitivo como conductual y afectivos definiendo: *“experiencia religiosa como una dimensión de gran complejidad dedicada al tratamiento del problema de la fe religiosa, de las creencias y de los modos de actuar frente situaciones vitales trascendentes.”* (citado en Yoffe, 2012)

Laura Yoffe (2012) también menciona que Erich Fromm (1950) diferenció la religión autoritaria de la humanista y la religiosidad auténtica (que puede desarrollar las potencialidades) en contraposición de la Religiosidad de práctica (que tiende a fomentar el neuroticismo)

Allport (1950, citado en Yoffe, 2012) hizo una distinción entre la religión madura: intrínseca (que se expresa por sí misma y no depende de las circunstancias), dinámica y positiva, con la inmadura (extrínseca, egocéntrica y negativa) y más tarde desarrolló el concepto de religión intrínseca y religión extrínseca (referida anteriormente).

Por su parte, Faller (2001) se refiere a diversos autores, como Gordon Allport, Alfred Adler, Abraham Maslow, Victor Frankl y Eric Erikson al mencionar a aquellos psicólogos que identificaron en las experiencias religiosas valores positivos, como, por ejemplo, influencia en el desarrollo maduro de la personalidad (Valiente- Barroso, 2013)

En relación a la psicología de la espiritualidad no se puede pasar por alto la definida “cuarta fuerza de la psicología” (Psicología Transpersonal), que emerge a mitad del siglo XX, con base en gran número de teóricos interesados por las capacidades y fortalezas de los sujetos, pero que no tenían lugar de manera sistemática en las otras corrientes psicológicas (psicoanálisis, conductismo y humanismo). (Lemos, 2010).

La primera definición de la Psicología Transpersonal surgió en los años 60. Sostiene que se ocupa de estudiar lo que se denomina la vida espiritual, las necesidades de trascender y los valores de los humanos, siendo su objeto de estudio la conciencia, sus niveles y los estados no comunes de ella,

experimentaciones en las que la identidad se expande más allá de sí mismo, lo que ayuda a superar crisis que se relacionan con la existencia y da lugar a la responsabilidad de la compasión por otras personas y el mundo en su totalidad, brindando sentido de la vida que se ven reflejados en estados de salud y bienestar psicológico inmejorables (González- Garza, 1995).

Uno de sus principales autores, Abraham Maslow (1990, citado en Lemos 2010), fue el precursor del concepto de autorrealización trascendente que lleva un significado espiritual. Según su desarrollo teórico, el nivel más alto de desarrollo humano implica la capacidad para admirar la unidad, la verdad, la belleza y lo sagrado en la vida. Se refiere también a las experiencias “cumbre o pico”, para referirse a aquellas donde el sujeto percibe la sensación de estar integrado.

Pero el estudio de la espiritualidad y la religión no se limitó solo al ámbito transpersonal. Surgió unas décadas después, alrededor de la década de los 90, una nueva inteligencia, que complementaria la Inteligencia Emocional planteada en esos tiempos por Daniel Goleman. Ésta es la Inteligencia Espiritual. Según Danah Zohar, física, filósofa, psicóloga y teóloga norteamericana, e Ian Marshall, psicólogo, filósofo y médico inglés, la inteligencia cognitiva y la emocional no pueden explicar la complejidad de la inteligencia del ser humano, por lo cual es necesaria otra inteligencia que explique cómo se afronta y resuelven problemas de significados y valores, y cómo determinar el curso de acción o un camino a tomar. En palabras de los autores (2001):

“La IES permite que los seres humanos sean creativos, cambien las reglas o alteren las situaciones (...) nos da la capacidad para discriminar. Nos trasmite nuestro sentido moral, una capacidad para atemperar reglas rígidas con comprensión y compasión y una capacidad similar para ver cuándo la compasión y la comprensión han llegado a su límite. Usamos la IES para afrontar cuestiones sobre el bien y el mal e imaginarnos posibilidades no realizadas para soñar, anhelar, levantarnos del lodo”. (p 20-21)

Gardner, en 1995, consideraba la inteligencia espiritual como una candidata para la octava inteligencia como parte de la teoría que estaba desarrollando. Sin embargo, fue en 2001, con su reformulación, en donde le da un papel más importante. Él le asigna el nombre de inteligencia existencial o trascendental y la define como la capacidad para ubicarse a sí mismo con respecto al cosmos y de

hallar las verdades respecto de su existencia, viendo la realidad de las cosas (Lemos, 2011).

Al cuestionar si existe o cuál es la estructura intrínseca que permite a los sujetos ser religiosos, o seguir una vida religiosa, investigadores mencionan la existencia de un factor fundamental propio del ser humano que lo impulsa a ir más allá de sí mismo, un factor importante que lo lleva a romper con las limitaciones de la propia materialidad (Faller, 2001). Para Zohar, Marshall (2001) y otros investigadores existe “el punto de Dios en el Cerebro” (Alper, 2008), donde se parte de la convicción de que, si existe la religión, las creencias y las practicas espirituales en cada cultura y sociedad, con sus similitudes y diferencias en cada una de ellas, podría decirse que son parte de la genética, como cualquier otro rasgo heredado; por lo cual si se hereda la tendencia a creer en una realidad espiritual, debe localizarse una zona fisiológica donde se generen las percepciones, sensaciones y cogniciones, y, ya que todas se originan en el interior del cerebro, se deduce que dicha conciencia espiritual se genera en ese órgano. Por lo cual concluyen que existe una función espiritual de origen neurofisiológico.

Esto ha quedado demostrado al presentarse la actividad eléctrica en los Lóbulos Temporales cuando se abordan de manera intensa y sincera temas sobre valores, religiones, Dios, o se refieren al sentido profundo de las cosas (Lemos, 2011).

Si bien el punto de Dios en el cerebro es parte de la última década, ya Carl Jung había considerado la posibilidad de que los seres humanos heredaban las inclinaciones espirituales. Freud, quien había sido su maestro, había desarrollado el concepto de consciente y del inconsciente. Según este autor, el consciente representa los pensamientos, emociones, recuerdos y deseos que conocemos y somos conscientes, sin embargo, también existe una zona de conciencia más profunda al que no se tiene acceso fácilmente y que está compuesto por los impulsos, la personalidad, los recuerdos de la infancia, los recuerdos reprimidos y otros conflictos internos (Alper, 2008). Jung partió de estos conceptos y sugirió que había una zona detrás del inconsciente que llamó inconsciente colectivo, que contiene impulsos que se heredan, lo que hace que sea compartida por todos los miembros de las especies:

“tiene contenidos que son, más o menos, los mismo en todas partes y en todos los individuos. En otras palabras, es idéntico en todos los hombres y constituye un sustrato físico común en la naturaleza suprapersonal que está presente en cada uno de nosotros... y que ha existido desde los tiempos más remotos”.⁸

Según Alper (2008), Jung realizó estudios comparativos entre las diferentes creencias y mitologías, y encontró temas comunes en todas las culturas humanas por lo que concluyó que el contenido habría surgido de un componente común a toda la especie: el inconsciente colectivo, lo que hace que todas las culturas compartan los mismos temas, entre ellos la religión y la espiritualidad. Así, Carl postuló que la especie humana posee una función religiosa inherente y se refirió a la religión como una función fundamental y propia de la psiquis humana, y como proveedora del camino hacia el todo, poniendo énfasis en que era relevante para cada teoría que se incluyera como parte del ser humano una dimensión espiritual para no denominársela como incompleta. (Yoffe 2012).

Estudios demostraron que los momentos de meditación y oración ayudan a tener un mayor bienestar psicológico (Meraviglia, 2004), paz interior y amor (Yoffe, 2006), a encontrarse con uno mismo y a buscar la trascendencia. Además, ayudan a subsanar vacío de relaciones humanas, ya que proporcionan un apoyo en forma de una figura paterna, materna y sentido de comunidad.

También es conocido que la confesión y la dirección espiritual favorecen la verbalización de conflictos, lo que, en sí, alivia el malestar por los mismos (Rodríguez Fernández, 2011).

2.3 Malestar psicológico

Paéz, (1986, citado en Alderete 2004) define malestar psicológico como un nivel alto de estrés, desmoralización, intranquilidad y falta de confort vivenciados. Esta concepción del término da relevancia a la autopercepción de pensamientos, comportamientos y sentimientos, en donde la ausencia de esta capacidad de auto referenciarse podría ser parte de una dificultad en la salud mental. Las alteraciones del sueño, padecimientos psicosomáticos, angustia,

⁸ Carl Jung, collected Works. Vol. 9 Parte 1, 4-5. Citado en Alper 2008.

desesperación o adicciones pueden ser síntomas de la vulnerabilidad psíquica de que los sujetos hallan para expresar situaciones críticas (Alderete, 2004).

El malestar psicológico también puede ser definido como “un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva” (Morales Carmona 2005, citado en Pichardo, Miranda & Reyes Reyes, 2013).

Espíndola Hernández et. Al. (2006) plantean a este concepto como la respuesta de una necesidad en donde se nombran manifestaciones clínicas no patológicas, que son parte del carácter de una persona, que, si bien requieren atención psicológica específica, no son limitantes para el sujeto. Estas manifestaciones responden a un evento disruptivo específico y podrían tomarse como alteraciones de la salud mental, pero no cumplen con criterios para ser un trastorno propiamente dicho. En otras palabras, va a ser el modo en el individuo responde ante eventos estresantes, que responden a una queja emocional y que puede ser auto percibida y descripta por la persona mediante, por ejemplo, un cuestionario.

Dichos autores plantean, también, que el concepto es parte de un desarrollo teórico y clínico y que fue propuesto por diversas ramas de la psicología. Estas se describen en la tabla 2.

Como construcción psicológica del concepto, se pueden identificar diferentes propiedades del malestar psicológico según la etiología, la fenomenología y su psicodinamismo (Espíndola Hernández, Morales-Carmona, Díaz et. al., 2006):

- **Es una reacción:** es un fenómeno que se manifiesta como secundario a un estresor identificable, tanto por el paciente como por el terapeuta. El momento de vida del sujeto, la fuerza de su aparato psíquico y las características de estructura que conforman su carácter van a caracterizar el estresor y la disposición del sujeto para dar paso, o no, al malestar. Dependerá de la utilización de los recursos para utilizarlos en pro de la adaptación al medio ambiente y la respuesta a su mundo interno. Por lo cual, se trata de un fenómeno reactivo, ya que no persiste en el tiempo y tiene fines de adaptación, funcionalidad y de equilibrio mental.

- **Es una alteración emocional:** las manifestaciones del malestar psicológico se van a entender según el tono afectivo del paciente, sin embargo, no hay una característica única de cómo se va a presentar. Por lo cual no se hace referencia a síntomas, sino a datos clínicos observados que van a pertenecer a un periodo de ajuste y no a un cuadro clínico de un trastorno. Si pertenecen a una alteración que se compara con el estado emocional previo del agente estresor desencadenante.
- **Es un evento egodistónico:** a partir de la identificación del estresor desencadenante y como sus manifestaciones afectivas, tanto adaptativas como reactivas, el sujeto vivenciará molestia, incomodidad y confusión ya que las funciones de algunas áreas de desempeño diario se verán alteradas. Esto lo conduce al deseo de cambio para recuperar su estado previo, haciendo de esto un fenómeno egodistónico.

Por otro lado, Zohar y Marshall (2001) hablan del malestar psicológico como la causa de la manifestación de malestares físicos, en donde, por molestias psicológicas o emocionales que no se le da importancia, terminan dañando las células del cuerpo y es donde se comienza un camino de medicalización para acallar los síntomas, pero no curarlos. Estos autores se refieren al psicoanálisis freudiano, donde se explica que las psicopatologías se deben a desequilibrios de la psique en donde a causa de furias, miedos, obsesiones, represiones, compulsiones, entre otros. Este desequilibrio se presentaría entre el ego consiente y racional y las exigencias de un ámbito subconsciente.

De igual manera, Jung mencionaba las enfermedades existenciales como cualquier neurosis, en donde se debe considerar al sujeto como un alma sufriente que no ha encontrado su propio sentido. Esta falta de encuentro del sentido, dichos autores, lo denominan enfermedad espiritual y mencionan que se tratan como cualquier otro síntoma psicológico (manías depresivas, adicciones, etc.) pero la diferencia se da en que ellos atribuyen estas condiciones a problemas de significado y valor y a la consiguiente incapacidad de integrar y equilibrar la personalidad (Zohar y Marshall, 2001).

Por su parte, Maslow entiende el malestar psicológico como el fracaso del desarrollo personal. En su teoría, el concepto de salud psicológica es remplazado por el de plena humanidad. Este envuelve el concepto de evolución, madurez, pleno funcionamiento, claridad de los objetivos, trascendencia y ser sensible a los valores ulteriores, quiere decir, estar en contacto con el propio mundo interior. Así, la neurosis la entiende como una falta de actualización de las facultades y posibilidades propias del ser humano (Bianchi, 2009).

TABLA 2.
La evolución del concepto Malestar psicológico ⁹

| Autor o teoría | Año | Propuesta |
|---|--------------|--|
| Freud, Sigmund ²² Inhibición Síntoma y Angustia | 1926 | Establece una distinción clara entre la reactividad de los procesos inhibitorios y el anclaje simbólico del síntoma |
| Teoría general de las neurosis en psicoanálisis | Siglo XIX-XX | Plantea la existencia de diversas alteraciones, producto de conflictos internos estructurales o bien externos que conforman situaciones que condicionan la aparición de cuadros clínicos caracterizados por la angustia y su relación al desarrollo psicosexual. |
| Teoría del carácter en Psicoanálisis | Siglo XX | Establece la existencia de una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas para la adaptación y defensa del medio ambiente y la realidad interna. |
| Páez, D ²³ | 1986 | Entiende al malestar psicológico, como el nivel de estrés percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. Lo cual puede configurar un problema de salud mental que se manifiesta a través de diversas sintomatologías. |
| Goldberg, Daniel ²⁰ | 1972 | Elaboración del Cuestionario General de Salud, como un instrumento que permite evaluar el nivel general de salud e identificar la severidad de los disturbios psiquiátricos menores. Se enfoca, particularmente, en pacientes atendidos médicamente. |
| En Psiquiatría. Trastornos Adaptativos ⁷ | 1996 | Propuesta Diagnóstica (DSM-IV) de estructuras nosológicas, caracterizadas por su reactividad, rápida evolución y cuya etiología es producto de un conflicto específico con la realidad. Sus manifestaciones son depresivas, ansiosas y mixtas. Si bien en su etiología se asemejan al malestar psicológico, su diferencia radica en la concepción de “Trastornos”; mientras que, el “Malestar Psicológico” se propone como un periodo de ajuste, no como una psicopatología. |
| Morales-Carmona cols. ¹ | 2005 | Proponen al malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática. |

⁹ Tomado de Espíndola Hernández, José Gabriel, Morales-Carmona, Francisco, Díaz, Edgar, Pimentel, Diana, Meza, Pilar, Henales, Consuelo, Carreño, Jorge, & Ibarra, Anna Cecilia. (2006). *Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. Perinatología y reproducción humana*

Un estudio realizado con el objetivo de medir la prevalencia y nivel de síntomas de malestar psicológico y su relación con variables sociodemográficas, familiares y académicas en estudiantes, indicó que los síntomas más habituales de malestar psicológico manifestados fueron: agobio y tensión, falta de concentración, poca capacidad para disfrutar de la vida diaria, sentirse deprimido, pérdida de sueño e incapacidad para enfrentar problemas. Este malestar se asoció significativamente con: menor tiempo destinado a recreación, preocupación económica, más de diez horas diarias de estudio personal, procedencia de provincia, percepción de bajo nivel socioeconómico, percepción de pobre apoyo familiar, promedio de notas inferior a cinco y mediana satisfacción con la carrera (Herrera y Rivera 2011).

Así también, se estudió la relación entre la exposición a la violencia intraparental durante la infancia y el grado de malestar psicológico de los hijos en la edad adulta, y si dicha relación está mediada por un deterioro de las prácticas de crianza de los padres (i.e., la disciplina severa, las demostraciones de afecto y apoyo y la inconsistencia inter e intraparental). Los resultados indicaron que la disciplina severa (castigo físico y psicológico) y las demostraciones de afecto y apoyo mediaron parcialmente la relación entre la exposición a la violencia marital y el nivel de malestar de los hijos a largo plazo. (Gámez-Guadix y Almendros, 2011).

2.4 Relación entre espiritualidad, religiosidad y malestar psicológico

Frente a las diferentes conceptualizaciones, hay posturas que plantean que las creencias y prácticas religiosas y espirituales están relacionadas con sufrimiento y malestar psicológico.

En cuanto a estudios empíricos llevados a cabo, demuestran que podría establecer una relación, principalmente, con síntomas ya instalados en los sujetos y serían más de índole psicopatológico.

- Relación entre tener una mayor religiosidad y sufrir más síntomas de trastorno obsesivo compulsivo (Sica, Novara, Sanavio, 2002).

- Los sujetos con más dificultades psicológicas, recurren con más frecuencia a la religión para afrontar una situación de enfermedad (Koenig, Cohen, Blazer, Pieper, Meador, Shelp, Goli, Dipascuale, 1992).
- Relación entre la religiosidad y la culpa (Francis, Jackson, 2003).

Si bien, fueron citados estudios que dejan de manifiesto algunos aspectos de la religión, principalmente, que pueden generar malestar psicológico, la ausencia de creencias trascendentes puede dar lugar a sufrimiento y desorientación. Incluso, se menciona que la religiosidad y la espiritualidad, son aspectos de la vida que pueden ser sensibles a represiones.

Rodríguez Fernández (2011) refiere a Frankl y Jung y el concepto de la dimensión espiritual en donde afirma que sea de manera consciente o no, practique una religión o se crea en la dimensión espiritual ésta existe, al menos de manera inconsciente. Para estos autores, si se reprime este aspecto en la vida del hombre y no se es consciente, puede ser fuente de sufrimiento.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 *Objetivos*

3.1.1 General

- Estudiar la relación entre bienestar espiritual y rasgos psicopatológicos en practicantes religiosos devotos (grupo “Devotos”) y creyentes no devotos (grupo “Control”).

3.1.2 Específicos

- Realizar un relevamiento estadístico descriptivo de la frecuencia de Bienestar espiritual en los grupos creyentes devotos y no devotos (control).
- Evaluar variables sociodemográficas (por ej. Sexo, Edad, Espiritualidad, etc.) y la frecuencia de actividad religiosa (por ej. Asistencia a la iglesia/templo, Lecturas religiosas, etc.).
- Comparar síntomas de malestar psicológico en religiosos devotos y una muestra de creyentes no devotos.
- Comparar las puntuaciones de bienestar espiritual entre religiosos y creyentes no devotos.
- Evaluar variables sociodemográficas y la frecuencia de actividad religiosa en relación con bienestar espiritual y síntomas de malestar psicológico en los grupos religiosos y creyentes no devotos.

3.2 *Hipótesis*

H1. Devotos puntuarán significativamente más alto en Bienestar Espiritual en comparación con el grupo control.

H2. Devotos puntuarán significativamente menos en Síntomas Psicopatológicos en comparación con el grupo control.

H3. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre frecuencia de Actividad Religiosa y Bienestar Espiritual en los devotos, esto es, a mayor actividad religiosa, mayor bienestar espiritual.

H4. Se encontrará una correlación negativa y significativa entre Actividad Religiosa y Síntomas Psicopatológicos en devotos, es decir, a menor actividad religiosa disminuirá la frecuencia de síntomas psicopatológicos.

H5. El nivel de espiritualidad correlacionará positiva y significativamente con bienestar espiritual, y negativa y significativamente con síntomas psicopatológico en los devotos, es decir, a mayor espiritualidad aumentará el grado de bienestar espiritual, y disminuirá la frecuencia de síntomas psicopatológicos.

H5. Devotos que ocupan cargos en su Iglesia/Templo experimentarán mayor grado de Bienestar Espiritual y menores indicadores de síntomas psicopatológicos que quienes no ocupan cargos.

3.3 Nivel y Tipo de Investigación

Estudio empírico con metodología cuantitativa, descriptivo con muestras probabilísticas ex post facto correlacional de tipo trasversal (León, Montero, 2007).

3.4 Población

La población está compuesta por hombres y mujeres jóvenes de entre 18 y 40 años que sean creyentes. La unidad de análisis será cada una de estas personas que cumplan con los siguientes criterios:

- Que acepte participar voluntariamente de la investigación
- Que tenga la edad entre 18 y 40 años
- Que sean creyentes.

Criterios de exclusión: Ateos, esto es, quienes manifiesten ninguna creencia en Dios y por lo tanto no presenten ningún tipo de religiosidad.

3.5 Muestra

Devotos. Integrado por 106 creyentes practicantes religiosos pertenecientes al culto evangélico, de ambos sexos, 46 (43%) varones y 60 (57%) mujeres cuyo rango etario es de 18 a 36 años (M= 23,14; SD= 4,81).

Control. Integrado por 75 creyentes no devotos (grupo control) de ambos sexos, 23 (30%) varones y 52 (70%) mujeres, cuyo rango etario es de 18 a 37 años (M= 24,05; SD= 5,19).

3.6 Instrumentos

3.6.1 Cuestionario Sociodemográfico

Se diseñó un cuestionario para evaluar variables sociodemográficas tales como Sexo, Edad, Residencia, Actividad Laboral, Estado Marital, y Espiritualidad. Además, mediante un cuestionario ad hoc, se evaluaron seis preguntas con la frecuencia de actividad religiosa, por ejemplo, Asistencia a la iglesia/templo, Prácticas de Meditación religiosa, Programas religiosos en TV/radio, Lecturas religiosas, Acción de gracias (comidas), Oración/rezo en privado fuera de la Iglesia/Templo, todas éstas en un rango de “Menos de una vez al mes” a “Más de una vez al día”, y dos preguntas adicionales: (1) Familiares/Amigos devotos y (2) Cargo en el culto de pertenencia.

3.6.2 Escala de Bienestar Espiritual de Ellison (Lascano & Coppolillo, 2010)

Mide la dimensión existencial y religiosa del bienestar espiritual. Es un Instrumento de 20 ítems con una escala de tipo Likert, siendo 1= Totalmente en desacuerdo a 6= Totalmente de acuerdo. La escala se compone de dos subescalas:

1. Dimensión Existencial. Por ej.: “Creo que la vida es una experiencia positiva”, ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, y 20.
2. Dimensión Religiosa. Por ej. “Creo que Dios me ama y se preocupa por mí”, ítems 1, 3, 5, 11, 13,15, 17, y 19.

La escala ha sido administrada en poblaciones de diferentes culturas, traducida y validada en diferentes idiomas, incluidas el idioma español. Tiene un coeficiente de confiabilidad de $r = .93$, y $r = .96$. Tiene una adaptación argentina suficientemente confiable y válida (Lascano & Coppolillo, 2010).

3.6.3 Symptom Assessment Questionnaire (SAQ-45) (Davison et al., 1997)

Es un instrumento autoadministrable de síntomas psicopatológicos compuesto por 45 ítems con una escala tipo Likert (0= Nunca a 4= Mucho) derivado del SCL-90. La SAQ-45 fue adaptada al español por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008), que consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90, si bien minimizando el solapamiento entre dimensiones. Al inicio del cuestionario, se presenta la frase: “En los últimos tres meses, he experimentado los siguientes estados...”

Los coeficientes alfa de Cronbach para cada una de las escalas del cuestionario, siendo la mayoría igual o superior a .80. El coeficiente alfa para el SAQ-45 total es de 0,95. Sandín et al. (2008) expresa que este cuestionario no sólo es mucho más breve que el SCL-90 (presenta únicamente la mitad de los ítems de éste), sino que fue desarrollado con objeto de superar algunos de los problemas, tales como la inconsistencia de la estructura factorial, el excesivo solapamiento entre las dimensiones que reduce su validez interna y discriminante. Los factores que la componen son:

- Hostilidad: Caracterizado por arrebatos de cólera o ataques de furia incontrolables, sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien, y tener discusiones frecuentes (Ítems 7, 34, 35, 39, y 43).

- Somatización: Afectado por dolores musculares, entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo o sentir calor o frío de repente (Ítems 18, 23, 26, 29, y 31).
- Depresión: Típicamente sentirse solo, triste y no sentir interés por las cosas (Ítems 9, 10, 11, 27, y 42).
- Obsesión-compulsión: Caracterizado por tareas que debe ejecutar muy despacio para estar seguro de que las hace bien, tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace, o que su mente queda en blanco (Ítems 16, 20, 21, 25, y 28).
- Ansiedad: Síntomas relacionados con temores repentinos y sin razón, sentirse nervioso, preocupado, tenso o agitado (Ítems 6, 12, 30, 38, y 41).
- Sensibilidad interpersonal: Sensación de que los demás no lo comprenden, o que otras personas son poco amistosas, o sentirse incómodo cuando la gente lo mira o habla (Ítems 15, 17, 32, y 36).
- Ansiedad fóbica: Sentir miedo en los espacios abiertos, en la calle, salir de casa solo, y ansiedad entre mucha gente (Ítems 3, 8, 22, 24, y 37);
- Ideación paranoide: Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás, la idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas, falta de reconocimiento adecuado de sus logros (Ítems 2, 5, 19, 40, y 44).
- Psicoticismo: Caracterizado por la idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos, oír voces, ver personas no físicamente presentes, o creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos (Ítems 1, 4, 13, 33, y 45).

3.7 Plan de Análisis

Por ser una investigación de corte cuantitativo, los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS –versión 20, siguiendo lo referido por los instrumentos que se mencionaron previamente.

3.8 Procedimiento

Se distribuyeron ambos instrumentos (Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Symptom Assessment Questionnaire) en un sobre cerrado, entregado en mano y se dieron instrucciones para completarlos. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas. y ambos instrumentos fueron administrados en forma individual a cada participante.

Para los creyentes practicantes religiosos, pertenecientes a iglesias evangélicas del Gran Buenos Aires se le solicitó previamente a la toma una autorización firmada por el líder referente de la organización. (ver anex)

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnoff (KS).

TABLA 3: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS

| <i>Variables</i> | <i>Grupo</i> | <i>KS</i> | <i>gl</i> | <i>Sig.</i> |
|---------------------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| Bienestar Espiritual | Devotos | ,18 | 106 | < ,001 |
| | Control | ,08 | 75 | ,20 |
| Síntomas Psicopatológicos | Devotos | ,08 | 106 | ,07 |
| | Control | ,14 | 75 | < ,001 |

A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica (Sig. < .001) de las puntuaciones de los dos instrumentos (*Escala de Bienestar Espiritual* y *SAQ-45*). En consecuencia, para los análisis estadísticos se decidió emplear la *U* de Mann-Whitney para comparar grupos y el coeficiente *Rho* de Spearman para correlacionar las puntuaciones (ver Tabla 3).

TABLA 4: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS DEVOTOS Y EL GRUPO CONTROL

| | <i>Devotos</i> | | <i>Control</i> | |
|-------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Residencia | | | | |
| Ciudad de Buenos Aires | 22 | 20,8 | 12 | 16,0 |
| Gran Buenos Aires | 84 | 79,2 | 63 | 84,0 |
| Actividad Laboral | | | | |
| Comerciante | 9 | 8,5 | 1 | 1,3 |
| Profesional (Terciario) | 14 | 13,2 | 8 | 10,7 |
| Empleado administrativo | 14 | 13,2 | 19 | 25,3 |
| Ama de Casa | 8 | 7,5 | 4 | 5,3 |
| Desempleado/Trabajo part-time | 6 | 5,7 | 6 | 8,0 |
| Técnico | 5 | 4,7 | 0 | 0 |
| Sólo estudiante | 50 | 47,2 | 37 | 49,3 |
| Estado Marital | | | | |
| En pareja (Conviviente) | 30 | 28,3 | 13 | 17,3 |
| En pareja (No conviviente) | 17 | 16,0 | 16 | 21,3 |
| Sin pareja | 42 | 39,6 | 31 | 41,3 |
| Convive con sus Padres/Hijos | 17 | 16,0 | 15 | 20,0 |
| Espiritualidad | | | | |
| No soy espiritual | 3 | 2,8 | 16 | 21,3 |
| Soy un poco espiritual | 8 | 7,5 | 27 | 36,0 |
| Soy moderadamente espiritual | 44 | 41,5 | 23 | 30,7 |
| Soy muy espiritual | 43 | 40,6 | 8 | 10,7 |
| Soy extremadamente espiritual | 8 | 7,5 | 1 | 1,3 |

Los resultados indican que la mayoría de la muestra total radica en el Gran Buenos Aires (ambos 79% y 84%), casi la mitad son sólo estudiantes (47% y 49%), y no tienen pareja (39% y 41%). Sin embargo, el grupo de devotos mostró ser “Moderadamente” a “Muy espiritual” (81%), en contraste con el grupo control que mostró ser “Moderadamente” a “Poco espiritual” (66%).

TABLA 5: ACTIVIDADES RELIGIOSAS EN DEVOTOS Y GRUPO CONTROL

| | <i>Devotos</i> | | <i>Control</i> | |
|---|----------------|----------|----------------|----------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Asistencia a la iglesia/templo | | | | |
| Menos de una vez al mes | 6 | 5,7 | 56 | 74,7 |
| Una vez al mes | 6 | 5,7 | 3 | 4,0 |
| Algunas veces al mes | 20 | 18,9 | 5 | 6,7 |
| Un par de veces a la semana | 62 | 58,5 | 8 | 10,7 |
| Una vez al día | 4 | 3,8 | 0 | 0 |
| Mas de una vez al día | 8 | 7,5 | 3 | 4,0 |
| Meditación Religiosa | | | | |
| Menos de una vez al mes | 7 | 6,6 | 38 | 50,7 |
| Una vez al mes | 2 | 1,9 | 4 | 5,3 |
| Algunas veces al mes | 20 | 18,9 | 11 | 14,7 |
| Un par de veces a la semana | 21 | 19,8 | 9 | 12,0 |
| Una vez al día | 22 | 20,8 | 6 | 8,0 |
| Mas de una vez al día | 34 | 32,1 | 7 | 9,3 |
| Programas religiosos en TV/radio | | | | |
| Menos de una vez al mes | 30 | 28,3 | 56 | 74,7 |
| Una vez al mes | 5 | 4,7 | 3 | 4,0 |
| Algunas veces al mes | 22 | 20,8 | 9 | 12,0 |
| Un par de veces a la semana | 19 | 17,9 | 3 | 4,0 |
| Una vez al día | 16 | 15,1 | 4 | 5,3 |
| Mas de una vez al día | 14 | 13,2 | 0 | 0 |
| Lecturas religiosas | | | | |
| Menos de una vez al mes | 9 | 8,5 | 52 | 69,3 |
| Una vez al mes | 2 | 1,9 | 6 | 8,0 |
| Algunas veces al mes | 19 | 17,9 | 6 | 8,0 |
| Un par de veces a la semana | 18 | 17,0 | 3 | 4,0 |
| Una vez al día | 34 | 32,1 | 2 | 2,7 |
| Mas de una vez al día | 24 | 22,6 | 6 | 8,0 |
| Acción de gracias (comidas) | | | | |
| Menos de una vez al mes | 6 | 5,7 | 47 | 62,7 |
| Una vez al mes | 2 | 1,9 | 2 | 2,7 |
| Algunas veces al mes | 11 | 10,4 | 3 | 4,0 |
| Un par de veces a la semana | 7 | 6,6 | 5 | 6,7 |
| Una vez al día | 20 | 18,9 | 4 | 5,3 |
| Mas de una vez al día | 60 | 56,6 | 14 | 18,7 |
| Ora/reza en privado | | | | |
| Menos de una vez al mes | 1 | 0,9 | 24 | 32,0 |
| Una vez al mes | 1 | 0,9 | 7 | 9,3 |
| Algunas veces al mes | 12 | 11,3 | 14 | 18,7 |
| Un par de veces a la semana | 16 | 15,1 | 9 | 12,0 |
| Una vez al día | 23 | 21,7 | 11 | 14,7 |

| | | | | |
|--|----|------|----|------|
| Mas de una vez al dia | 53 | 50,0 | 10 | 13,3 |
| Familiares/Amigos devotos (Si/No) | 98 | 92,5 | 28 | 37,3 |
| Cargo en la Iglesia (Si/No) | 63 | 59,4 | 8 | 10,7 |

En la Tabla 3 se presentan los datos descriptivos de la actividad religiosa de ambos grupos. Respecto a los Devotos, más del 60% asiste a la Iglesia/Templo al menos “un par de veces por semana”, el 56% medita una o más de una vez al día, el 43% indicó ver programas religiosos por radio/TV desde “un par de veces por semana” a “más de una vez al día”, el 54% lee material religioso (por ej. la Biblia u otros) al menos una vez o más al día, el 74% ora/reza antes de las comidas una o más de una vez al día, y el 71% ora/reza en privado al menos una vez o más al día.

Respecto al grupo control (creyentes no devotos), el 74% asiste a la Iglesia/Templo menos de una vez al mes, el 50% medita menos de una vez al mes, el 50% indicó ver programas religiosos por radio/TV menos de una vez al mes, el 74% indicó leer material religioso menos de una vez al mes, el 62% ora/reza antes de las comidas menos de una vez al mes, y el 32% ora/reza en privado menos de una vez al mes (pero el 47% ora/reza en privado entre “algunas veces al mes” a “más de una vez al día”).

Finalmente, el 92% de los devotos tienen a un amigo/familiar como parte del culto y el 59% ocupa algún cargo en la Iglesia/Templo, en tanto que el 37% del grupo control tiene a un amigo/familiar como parte del culto y el 10% ocupa algún cargo en la Iglesia/Templo (ver Tabla 5).

TABLA 6: COMPARACION ENTRE DEVOTOS Y GRUPO CONTROL EN BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS

| <i>Variables</i> | <i>Devotos (N= 106)</i> | | <i>Control (N= 75)</i> | | <i>z</i> | <i>Sig.</i> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|-------------|-------------|
| | <i>Media</i> | <i>DT</i> | <i>Media</i> | <i>DT</i> | | |
| 1.Dimension Existencial | 34,49 | 4,53 | 33,28 | 5,86 | 1,37 | n.s. |
| 2.Dimension Religiosa | 37,65 | 5,71 | 31,69 | 7,58 | 5,84 | < .001 |
| Bienestar Espiritual | 72,14 | 8,85 | 64,97 | 11,77 | 4,71 | < .001 |
| 1. Hostilidad | 3,74 | 3,19 | 4,44 | 3,44 | 1,39 | n.s. |
| 2. Somatización | 2,83 | 2,55 | 3,47 | 2,74 | 1,57 | n.s. |
| 3. Depresión | 3,76 | 3,25 | 4,13 | 3,29 | 0,92 | n.s. |
| 4. Obsesión/Compulsión | 4,08 | 2,87 | 5,88 | 3,87 | 3,02 | ,002 |
| 5. Ansiedad | 2,36 | 2,13 | 2,83 | 2,96 | 0,33 | n.s. |
| 6. Sensibilidad | 2,40 | 2,13 | 2,81 | 2,68 | 0,86 | n.s. |

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 7. Ansiedad Fóbica | 3,26 | 2,36 | 4,68 | 3,84 | 2,14 | n.s. |
| 8. Ideación Paranoide | 4,61 | 3,47 | 5,99 | 4,44 | 1,92 | .054 |
| 9. Psicoticismo | 4,06 | 3,03 | 4,73 | 3,72 | 1,06 | n.s. |
| Síntomas (SAQ-45) | 31,09 | 18,99 | 38,96 | 25,79 | 1,88 | ,060 |

* Se aplicó la *U* de Mann-Whitney

Se llevó a cabo una comparación entre devotos religiosos y un grupo control en las medidas de Bienestar Espiritual y Síntomas Psicopatológicos. Se confirmó la H1, según la cual los devotos puntuarían significativamente más alto en Bienestar Espiritual en comparación con el grupo control, lo cual se confirmó (Sig. <.001), específicamente la dimensión Religiosa (Sig. <.001) en contraste con la dimensión existencial, la cual no resultó significativa. Sin embargo, la H2, según la cual los devotos puntuarían significativamente menos en Síntomas Psicopatológicos en comparación con el grupo control, se confirmó parcialmente. Se encontró una tendencia (Sig.= .06) marginalmente significativa, específicamente los factores Obsesión/Compulsión (Sig.= .002) e Ideación Paranoide (Sig.= .054) resultaron diferencialmente significativos (ver Tabla 6).

TABLA 7: CORRELACION ENTRE FRECUENCIA DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS CON BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN DEVOTOS Y GRUPO CONTROL

| Actividades Religiosas ¹ | Devotos (N= 106) | | | | Control (N= 75) | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------------------|------------------|--------------------|-------------|
| | Bienestar Espiritual | | Síntomas SAQ-45 | | Bienestar Espiritual | | Síntomas SAQ-45 | |
| | Rho | Sig. | Rho | Sig. | Rho | Sig. | Rho | Sig. |
| 1. Asistencia a la iglesia/templo | -,03 | n.s. | -,17 | n.s. | ,33 | ,003 | -,11 | n.s. |
| 2. Meditación | ,21 | ,024 | -,25 | ,009 | ,44 | < ,001 | ,16 | n.s. |
| 3. Programas en TV/radio | -,06 | n.s. | -,05 | n.s. | ,41 | < .001 | ,001 | n.s. |
| 4. Lecturas religiosas | ,05 | n.s. | -,20 | ,039 | ,41 | < .001 | ,09 | n.s. |
| 5. Acción de gracias (comidas) | ,07 | n.s. | -,29 | ,003 | ,43 | < .001 | ,02 | n.s. |
| 6. Ora/reza en privado (no iglesia) | ,06 | n.s. | -,26 | ,02 | ,37 | ,001 | ,12 | n.s. |
| Actividad Religiosa (Total) | ,06 | n.s. | -,27 | ,004 | -,53 | < .001 | ,09 | n.s. |

1. Rango: 1= "Menos de una vez al mes" a 5= "Más de una vez al día".

Se llevó a cabo una correlación en las medidas de Bienestar Espiritual y Síntomas Psicopatológicos con la frecuencia de varios tipos de Actividad Religiosa para ambos grupos (devotos y control). En los Devotos, la H3, según la cual se encontraría una correlación positiva y significativa entre Actividad Religiosa y Bienestar Espiritual no se confirmó, sin embargo, se encontraron sólo dos correlaciones significativas particularmente en Espiritualidad (Sig.= .002) y Meditación (Sig.= .024). La H4, según la cual se encontraría una correlación negativa y significativa entre Actividad Religiosa y Síntomas Psicopatológicos se confirmó (Sig.= .004), particularmente en Meditación (Sig.= .009), Lecturas

religiosas (Sig.= .039), Acción de gracias (Sig.= .003), y Ora/reza en privado (Sig.= .02).

Aunque no predicho en las hipótesis, en el grupo control (creyentes no devotos), se encontró una correlación positiva y significativa entre Actividad Religiosa y Bienestar Espiritual (Sig,< .001), así como en las seis actividades religiosas (todas Sig. < .001), pero no se encontró ninguna correlación entre Síntomas psicopatológicos y Actividad religiosa (ver Tabla 7).

TABLA 8: CORRELACION ENTRE GRADO DE ESPIRITUALIDAD CON BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS EN DEVOTOS Y GRUPO CONTROL

| | <i>Devotos</i> (N= 106) | | | | <i>Control</i> (N= 75) | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|------------------------|-------------|
| | <i>Bienestar Espiritual</i> | | <i>Síntomas SAQ-45</i> | | <i>Bienestar Espiritual</i> | | <i>Síntomas SAQ-45</i> | |
| | <i>Rho</i> | <i>Sig.</i> | <i>Rho</i> | <i>Sig.</i> | <i>Rho</i> | <i>Sig.</i> | <i>Rho</i> | <i>Sig.</i> |
| Espiritualidad ¹ | ,20 | .002 | -,10 | n.s. | ,37 | ,001 | ,03 | n.s. |

1. Rango: 1= "No soy Espiritual" a "5= "Soy extremadamente espiritual".

Se llevó a cabo una correlación entre el nivel de Espiritualidad con Bienestar Espiritual y Síntomas Psicopatológicos en ambos grupos (devotos y control). En los Devotos, la H5, según la cual se encontraría una correlación positiva y significativa entre Espiritualidad y Bienestar Espiritual se confirmó (Sig= .002), sin embargo, no se confirmó entre Espiritualidad y Síntomas Psicopatológicos, aunque las mismas relaciones significativas se encontraron también para el grupo control entre Espiritualidad y Bienestar espiritual (Sig.= .001) (ver Tabla 8).

TABLA 9: COMPARACION ENTRE DEVOTOS CON CARGO Y SIN CARGO EN LA IGLESIA/TEMPLO EN BIENESTAR ESPIRITUAL Y SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS

| <i>Variables</i> | <i>Con Cargo</i> (N= 63) | | <i>Sin cargo</i> (N= 43) | | <i>z</i> | <i>Sig.</i> |
|----------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|----------|-------------|
| | <i>Media</i> | <i>DT</i> | <i>Media</i> | <i>DT</i> | | |
| Bienestar Espiritual | 73,25 | 6,92 | 70,51 | 10,98 | 1,30 | n.s. |
| Síntomas (SAQ-45) | 29,68 | 18,95 | 33,16 | 19,05 | 1,09 | n.s. |

* Se aplicó la *U* de Mann-Whitney

Se llevó a cabo una comparación entre devotos que ocupan cargos en su Iglesia/Templo en las medidas de Bienestar Espiritual y Síntomas Psicopatológicos. La H5, según la cual los devotos que ocupan cargos en su Iglesia/Templo experimentarán mayor grado de Bienestar Espiritual y menores

indicadores de síntomas psicopatológicos en comparación con quienes no ocupan cargos, no se confirmó (ver Tabla 9).

TABLA 10: COMPARACION ENTRE DEVOTOS Y GRUPO CONTROL EN FRECUENCIA DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS¹

| | <i>Devotos</i> (N= 106) | | <i>Control</i> (N= 75) | | <i>z*</i> | <i>Sig.</i> |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------|---------------------------|-----------|-----------|-------------|
| | <i>Media</i> | <i>DT</i> | <i>Media</i> | <i>DT</i> | | |
| 1. Asistencia a la iglesia/templo | 3,72 | 1,09 | 1,69 | 1,34 | 8,68 | < .001 |
| 2. Meditación | 4,42 | 1,48 | 2,49 | 1,77 | 6,63 | < .001 |
| 3. Programas religiosos en TV/radio | 3,26 | 1,76 | 1,61 | 1,17 | 6,39 | < .001 |
| 4. Lecturas religiosas | 4,30 | 1,47 | 1,87 | 1,57 | 8,13 | < .001 |
| 5. Acción de gracias (comidas) | 5,01 | 1,46 | 2,45 | 2,06 | 7,45 | < .001 |
| 6. Ora/reza en privado (no iglesia) | 5,06 | 1,16 | 3,08 | 1,82 | 7,09 | < .001 |

1. Rango: 1= "Menos de una vez al mes" a 5= "Mas de una vez al dia"

* Se aplicó la *U* de Mann-Whitney.

Se llevó a cabo una comparación entre Devotos y Control en la frecuencia de seis actividades religiosas y se encontraron diferencias significativas en favor de los devotos (todas Sig. < .001) en comparación con el grupo Control (ver Tabla 10).

CAPÍTULO V

5 DISCUSIÓN

A continuación, se hará una descripción a modo de síntesis acerca de las características de este trabajo y los resultados obtenidos, articulando las hipótesis planteadas y vinculando otras investigaciones. De igual modo, se dará cuenta de las posibles aplicaciones en el ámbito de la psicología, indicando las limitaciones propias de esta investigación.

Se realizó un estudio empírico con metodología cuantitativa descriptivo con muestras probabilísticas ex post facto correlacional de tipo trasversal, con el objetivo principal de estudiar la relación entre el bienestar espiritual y la presencia de síntomas psicopatológicos en devotos religiosos en comparación con un grupo de creyentes no devotos. Más específicamente, determinar diferencias entre bienestar espiritual y síntomas de malestar psicológico y actividad religiosa en devotos y una muestra de creyentes (no devotos), así como relaciones entre estas variables en ambos grupos. Para cumplir con los objetivos que se propusieron, se conformó una muestra de 106 creyentes practicantes religiosos y 75 creyentes no devotos.

Los resultados muestran que los devotos experimentan mayor bienestar espiritual en comparación con el grupo de creyentes, pero no se encontraron diferencias significativas con los síntomas psicopatológicos en comparación con el grupo control. Sin embargo, hay una leve tendencia, en términos de menor frecuencia de síntomas en los devotos, más específicamente rasgos obsesivos e ideación paranoide demostraron ser las características más distinguibles en el grupo control (creyentes) en contraste con los devotos.

Se podría explicar este resultado desde el encuadre que le da la religión a la espiritualidad, en donde se orienta, acompaña, enseña e incentiva a practicar actividades de devoción públicas (asistencia a una organización religiosa de manera frecuente) y privadas (ritos religiosos, oración y meditación, sostener una relación personal con Dios) que llevan a tener una guía para lograr la armonía interna entre el propio ser y el ser superior, generando el equilibrio entre dimensión existencial (hacia sí mismo y los demás), y una religiosa (hacia una fuerza superior), herramientas que no poseerían aquellos que no son devotos.

Para explicar la leve tendencia de síntomas de malestar en rasgos obsesivos e ideación paranoide en creyentes podríamos tomar en referencia tanto Ellison (1983) como Zohar y Marshall (2001), quienes definen la

espiritualidad como una necesidad innata de trascendencia y al ser humano como esencialmente espiritual, por lo que no practicar la espiritualidad ni hallar la plenitud en ella no produce los efectos positivos que fueron demostrados por diversas investigaciones, algunos ya citados en esta. En cuanto a esos síntomas podríamos tomar en cuenta la característica de la población a la que se accedió, donde la mayor parte es estudiante, estando expuesto a la continua evaluación de sus tareas y la presión de realizarlas de manera correcta.

La frecuencia de la actividad religiosa (por ej. Asistencia a la iglesia/templo) no mostró ninguna relación con el bienestar espiritual en los devotos religiosos, excepto en la práctica de la Meditación, lo cual indica que las prácticas meditativas muestran una tendencia a mejorar el bienestar espiritual del practicante religioso, sin embargo la actividad religiosa demostró ser un factor que produce una significativa disminución de los síntomas psicopatológicos, por ejemplo, en la práctica de la meditación, las lecturas religiosas, la acción de gracias, y la frecuencia de la oración y el rezo en privado.

Un resultado particularmente notable se presentó en el grupo control (creyentes no devotos), en términos de una fuerte correlación entre la actividad religiosa y bienestar espiritual pero ninguna asociada a la disminución de síntomas. Es sorprendente porque el resultado parece indicar que menor actividad religiosa en general, produce mayor bienestar espiritual (esta relación, sin embargo, no está presente en los devotos). Es evidente que la práctica religiosa disminuye los síntomas en los devotos, pero esta relación no está presente en el grupo control. En otras palabras, se puede advertir que, aunque la actividad religiosa mejora el bienestar espiritual de los creyentes (control) la actividad religiosa contribuye a disminuir la intensidad de los rasgos psicopatológicos en los devotos.

Podría comprenderse este resultado notablemente particular al reflexionar que los creyentes accederían al bienestar espiritual sin un modo preestablecido ni enmarcado desde la religión, practicando con menos frecuencia las actividades de devoción pública y privada, pero obteniendo de igual modo un puntaje mayor. Esto podría deberse a la imagen que se tiene hacia los que practican estas actividades con frecuencia (devotos), ya que son vistos popularmente como forzados a profesarlo. Así, ellos alcanzarían el bienestar espiritual con menor frecuencia de prácticas religiosas, pero se puede observar que en ellos no disminuye la intensidad de los rasgos de malestar psicológico,

en otras palabras, el bienestar alcanzado, aunque sea mayor, no se refleja en la salud mental.

Asimismo, los devotos alcanzarían el bienestar espiritual no a través de la mayor frecuencia ni de todas las practicas que se cuestionaron sino, de modo particular, a través de la meditación, práctica que se propone detenerse a examinar los textos sagrados (contenidos en La Biblia) y considerar las enseñanzas que se extraen de ella, lo que disminuiría los síntomas de vulnerabilidad psíquica ante situaciones complejas. En relación, Lemos (2010) refiere que una espiritualidad que produce bienestar no tiene relación con la frecuencia del cumplimiento de leyes, costumbres y actividades que la religión pueda establecer, sino que es un modo de vivir, practicándolo de manera diaria como un compromiso que dé testimonio en todos los ámbitos. En otras palabras, una religión que es fomentada desde solo la practica sin su contenido y comprensión espiritual, seria vacía, incompleta e inmadura. Por el contrario, si la persona religiosa incorpora sus emociones, pensamientos y conductas al saber de la religión que profesa y las actividades personales que realiza, y se complementa con la experiencia de lo divino, el resultado es el bienestar espiritual. (Nogueira, 2015).

Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López Lena (2007) refieren a la similitud entre el cristianismo y un sistema psicoterapéutico, ya que para el devoto esta práctica religiosa opera como un sistema donde puede hallar alivio a las ansiedades, temores, perdidas y situaciones conflictivas de la vida (Mateo 11:28-29). lo consideran así ya que posee una serie de elementos que esta interconectados entre sí, operando con mecanismos de retroalimentación donde el objetivo principal es el crecimiento espiritual: del pecado al arrepentimiento, y de allí al perdón de Dios, al amor hacia Dios y hacia el otro, a la protección divina y el crecimiento espiritual (Efesios 4:22-24; 1Pedro 1:3-23)

Finalmente, si bien se encontraron fuertes diferencias entre la frecuencia de la actividad religiosa en devotos en comparación con el grupo control, en términos de mayor asistencia a la iglesia/templo, lecturas religiosas, y oración/rezo en privado, entre otras, sin embargo, la intensidad de la espiritualidad produjo mayor bienestar espiritual en ambos grupos (más fuerte en el grupo control, $Rho_{Devotos} = .20$ vs. $Rho_{Control} = .37$), no hubo una disminución de los rasgos de malestar psicológico en ninguno de ambos grupos.

A modo de síntesis, la espiritualidad enmarcada, dentro de la religión examinada, promueve la búsqueda de trascendencia, esperanza, propósito y sentido de la vida y se ve reflejada, no solo en una escala de Bienestar Espiritual sino en la salud mental de los sujetos, disminuyendo síntomas de malestar psicológico.

Comprendemos que la cultura en la que estamos sumergidos está desbordada ante la necesidad de satisfacerse de lo inmediato, lo superficial y la experiencia cercana. Sin embargo, detenerse a desarrollar las cualidades humanas, aquellas fuentes y significados profundos dentro de nosotros mismos, de los demás y de nuestro mundo puede disminuir aquellos aspectos que no producen un bienestar en la salud mental. Por lo cual es necesario de considerar al hombre de una manera más integral, en donde no solo se desarrolle y se le dé importancia a la dimensión biológica, psicológica y social, sino también la religiosa y espiritual, comprendiéndolo como un fenómeno propio del ser humano, quien tiene y debe desarrollar la habilidad para construir sus propia realidad y significados, a partir de diversas experiencias, sistemas de creencias, temores, valores, esperanzas, prejuicios, decepciones y éxitos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede señalar que el fenómeno estudiado hace necesario el desarrollo de futuras investigaciones por su amplitud y complejidad. De todos modos, este trabajo abrió nuevos interrogantes que invitan a ser estudiados en la temática y población examinada, donde se podrían cuestionar los resultados en otra práctica religiosa, cual es la motivación a participar de ella o cual es la utilidad que se le da a nivel personal.

En relación al futuro, será de gran importancia ampliar las investigaciones dentro de esta temática. De igual modo, será un desafío que los profesionales de la salud mental puedan trabajar de manera eficiente tanto con personas religiosas como seculares, dando lugar al sistema de creencias del propio sujeto y dejando de lado preconceptos o desarrollos teóricos donde se ve como un conjunto de deseos o pensamientos irracionales, no colaborando con la comprensión del fenómeno. De igual modo, será necesario, en la medida de lo posible, capacitarse para un mejor desempeño al involucrar la religión y la espiritualidad al proceso terapéutico.

ANEXOS

Instrumento de recolección de los datos

El presente estudio es parte de una recolección de datos para mi tesis en la Universidad Abierta Interamericana.

Por favor, le pido que lea con atención y responda lo más honestamente posible en cada una de las hojas. Los datos recolectados serán confidenciales. No hay respuestas correctas o incorrectas.

***¡Gracias por
su
colaboración!***

P1. Marque con una X en la opción adecuada, y complete los espacios según corresponda.

1. Edad: _____ años

2. Sexo MASCULINO FEMENINO

3. Lugar de Residencia

- C.A.B.A
- Gran Buenos Aires

4. Profesión o actividad laboral (Marcar la más importante):

- Comerciante
- Profesional (terciario)
- Empleado administrativo
- Ama de Casa
- Jubilado
- Desempleado / trabajo *part-time*
- Técnico
- Solo estudiante

5. Estado marital

- En pareja (conviviente)
- En pareja (no conviviente)
- Sin pareja actual
- Convive con sus padres y/o hijos

6.
Espiritualidad

- No soy espiritual
- Soy un poco espiritual
- Soy moderadamente espiritual
- Soy muy espiritual
- Soy extremadamente espiritual

7. *Religión*

- Me considero una persona devota/ practicante de una religión o culto
- Me considero una persona creyente pero no profeso o practico religión alguna

8. *Lea las preguntas y seleccione, siendo lo más sincero posible, la opción que mejor lo represente. Recuerde que es anónimo y no hay respuestas correctas o incorrectas. Las opciones de respuestas son:*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------|
| Menos de una vez al mes | Una vez al mes | Algunas veces al mes | Un par de veces a la semana | Una vez al día | Más de una vez al día |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Con que frecuencia asiste a la iglesia/ templo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Dentro de su tradición religiosa o espiritual, ¿con qué frecuencia medita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. ¿Con qué frecuencia usted mira o escucha programas religiosos en la | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. ¿Con qué frecuencia lee la Biblia u otra literatura religiosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. ¿Con qué frecuencia dijo oraciones o dio gracias antes o después de las | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. ¿Con qué frecuencia ora/reza en privado (que no sea en la iglesia)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

9. *Si usted se considera una persona devota o practicante de algún culto o religión, complete la siguiente hoja. En cambio, si no lo cree así, continúe en la página 4.*

9.1. *¿Alguien de su entorno más cercano participa del culto que profesa?*

No Si *¿Quién?* (puede marcar más

de uno) Esposo/a-

Pareja _____

Padres - Hijo/s _____

Amigos-compañeros _____

9.2. *¿Ocupa algún cargo o responsabilidad en la institución religiosa a la que asiste?*

No Si *¿Cuál?* _____

P2. Lea las siguientes frases con atención y marque su respuesta en UNA de las opciones. Las alternativas de respuestas son:

0 = Nada 1 = Un poco 2 = Moderadamente 3 = Bastante 4 = Mucho

En los últimos seis meses he experimentado los siguientes estados:

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 01. Sentirse solo/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. Sentirse triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. No sentir interés por las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. La sensación de ser un/a inútil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. Arrebatos de cólera o furia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. Sentir impulsos agresivos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. Tener ganas de romper algo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. Discusiones frecuentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Gritar o tirar cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sentirse incomprendido/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Impresión de rechazo de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sentirse inferior | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sentirse incómodo/a con la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sentirse cohibido/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Dolores musculares | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Calor o frío repentinos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Entumecimiento u hormigueo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Debilidad corporal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sensación de pesadez | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Miedo repentino | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Sentirse nervioso/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Preocupación o tensión | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ataques de terror o pánico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Sentirse inquieto/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 26. Me controlan el pensamiento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Oír voces que no oyen otros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Creer que otros conocen sus pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Pensamientos ajenos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Pensamientos de autocastigo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Tener que hacer las cosas muy despacio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Comprobación y control de todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Dificultad para tomar decisiones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Mente en blanco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Dificultades para concentrarse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Miedo a espacios abiertos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Miedo a salir de casa solo/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Miedo a viajar en medios de transporte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Evitar lugares o actividades temidos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Miedo a la muchedumbre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Sus problemas son culpa de otros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Desconfiar de las personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Otras personas le miran o hablan de usted | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Otras personas no reconocen sus logros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Los demás intentan aprovecharse de usted | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

P. 3 Por favor, circule o marque el número que más se ajusta a su respuesta.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------|------------------|---------------|------------|--------------------------|-----------------------|
| Firmemente en desacuerdo | Moderadamente en | En desacuerdo | De acuerdo | Moderadamente de acuerdo | Firmemente de acuerdo |

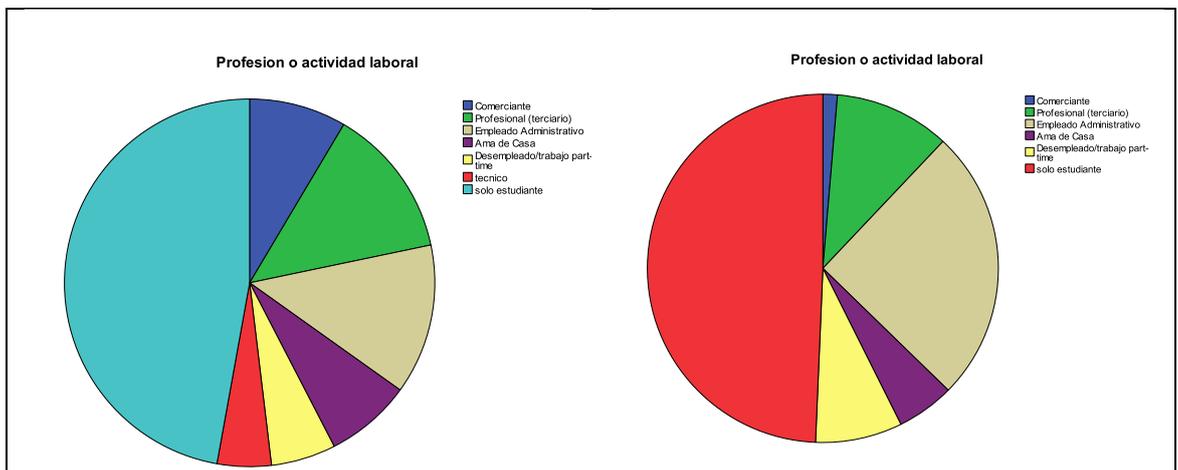
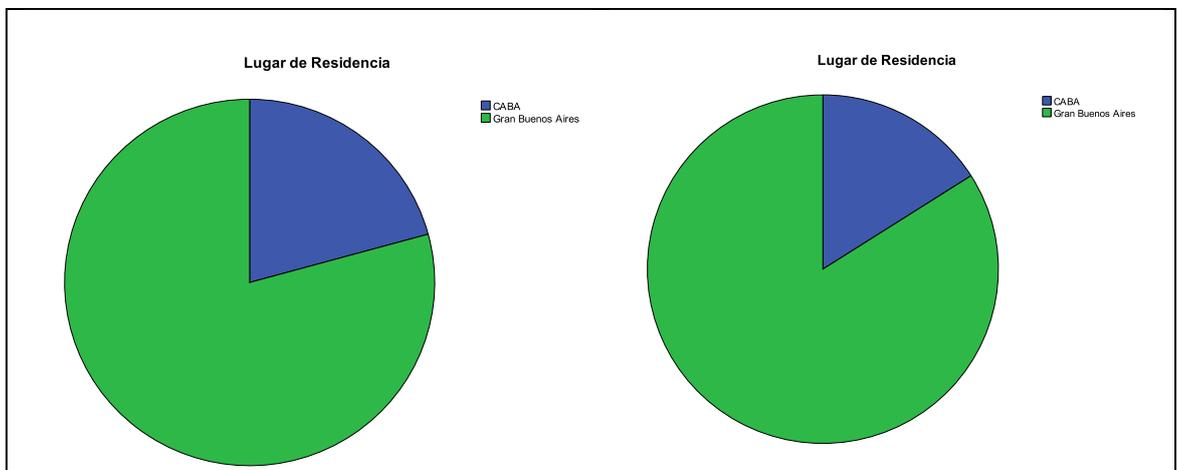
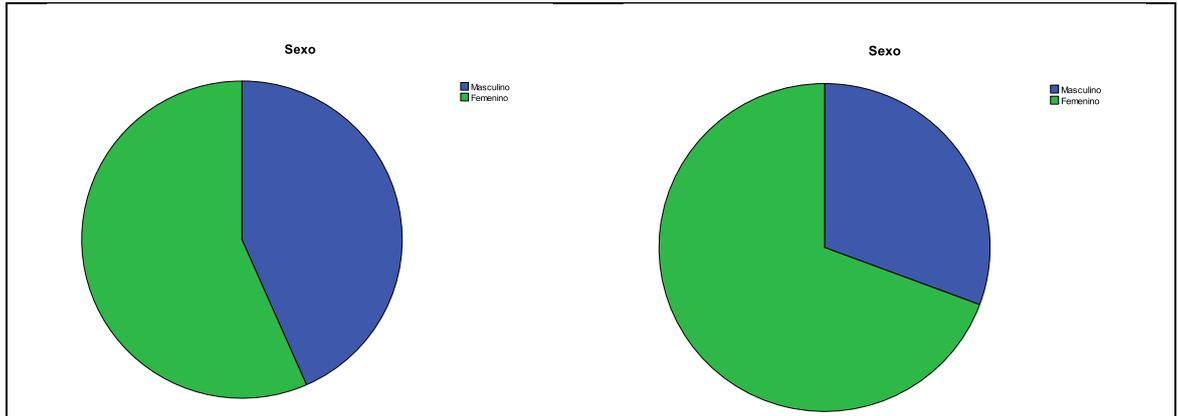
| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 01. No encuentro mucha satisfacción en la oración privada con Dios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 02. No sé quién soy, de dónde vengo ni hacia dónde voy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 03. Yo creo que Dios me ama y se preocupa por mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 04. Siento que la vida es una experiencia positiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 05. Yo creo que Dios es impersonal y no está interesado en mis problemas cotidianos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 06. Me inquieta mi futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 07. Tengo una relación personal significativa con Dios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 08. Me siento muy realizado y satisfecho con la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 09. No tengo mucha fuerza personal ni apoyo de Dios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Siento una sensación de bienestar sobre el propósito de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Creo que Dios está preocupado por mis problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. No disfruto mucho de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. No tengo una relación personal satisfactoria con Dios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Me siento bien cuando pienso en mi futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Siento que la vida está llena de conflictos y de infelicidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Me siento más satisfecho cuando estoy en estrecha comunicación con Dios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. La vida no tiene mucho sentido para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Mi relación con Dios contribuye a mi sensación de bienestar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Creo que hay un propósito real en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

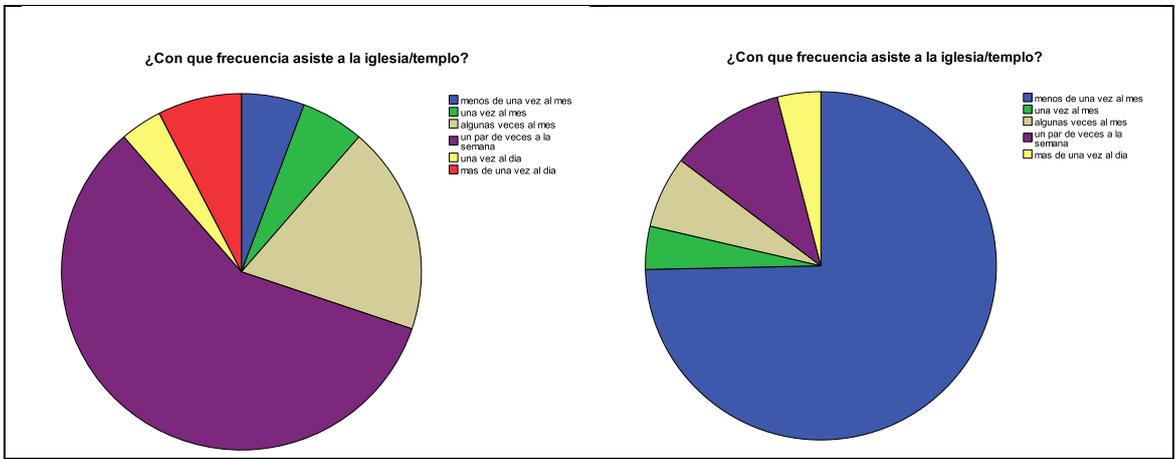
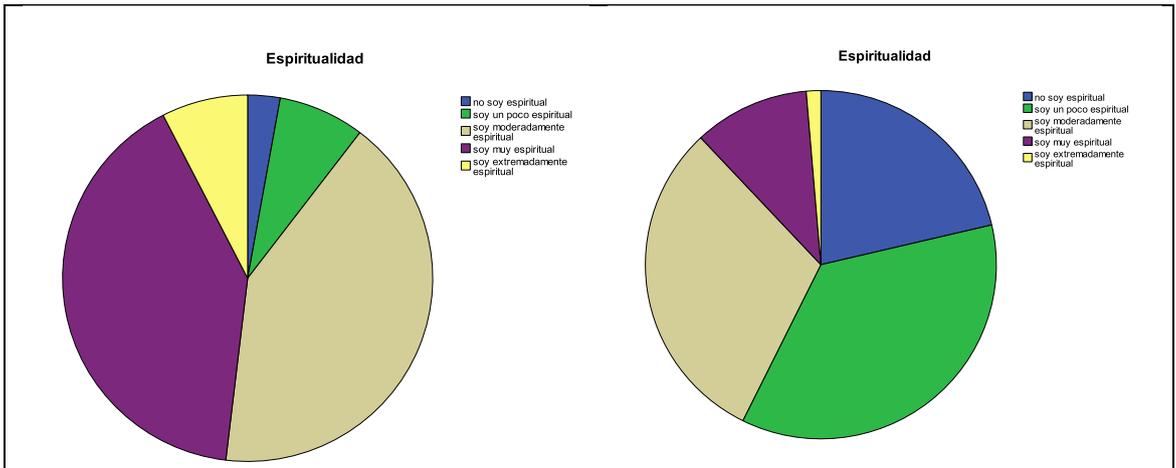
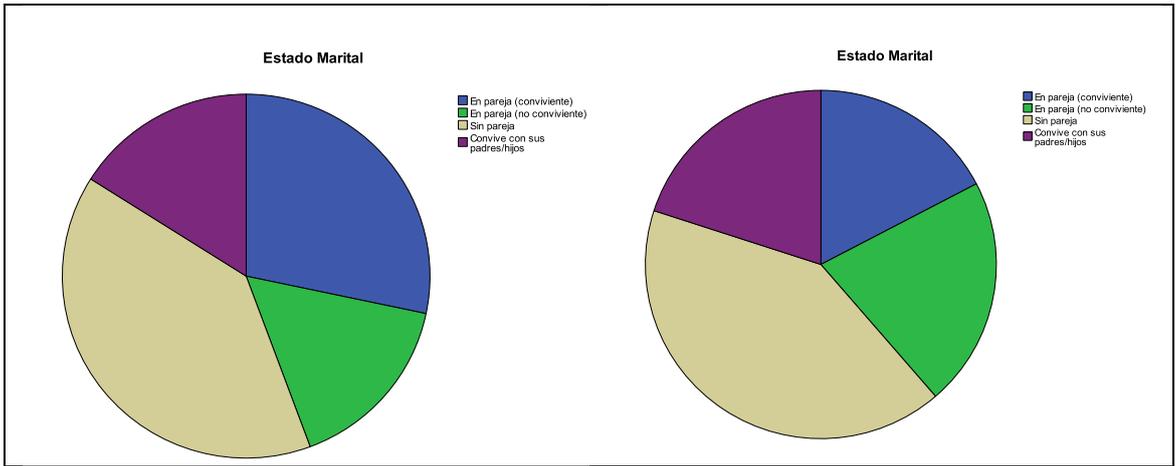
Gracias por su colaboración.

Gráficos

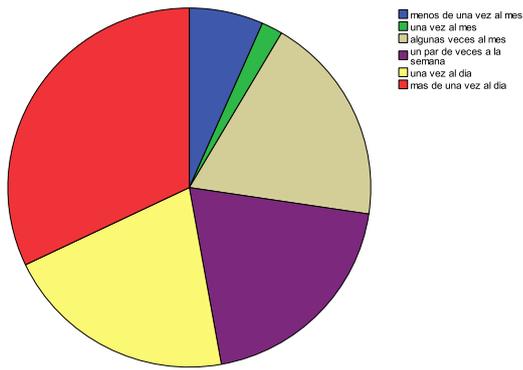
Devotos

Control

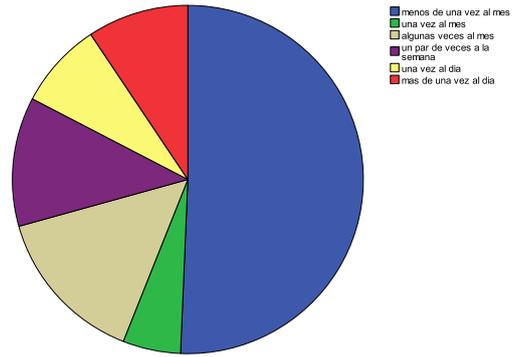




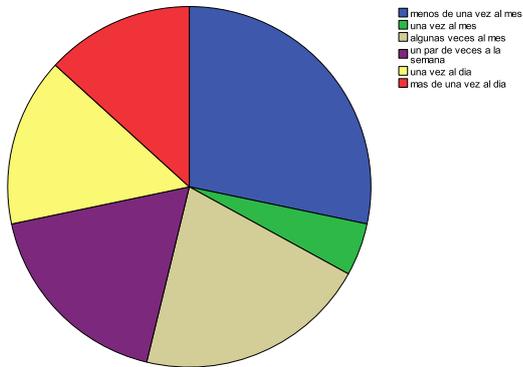
Dentro de su tradicion religiosa o espiritual, ¿con que frecuencia media?



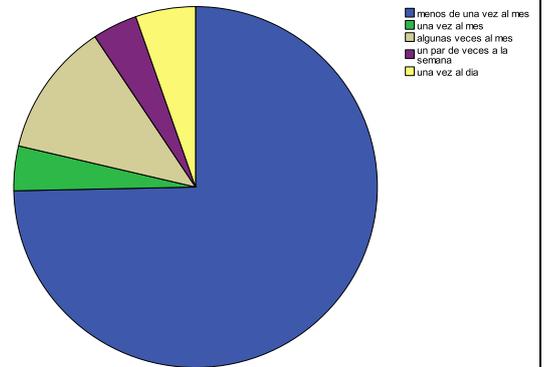
Dentro de su tradicion religiosa o espiritual, ¿con que frecuencia media?



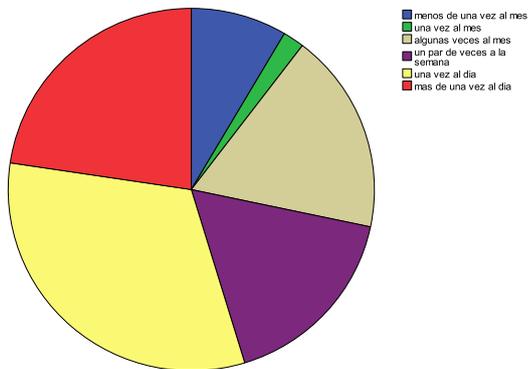
¿con que frecuencia usted mira o escucha programas religiosos en la television o radio?



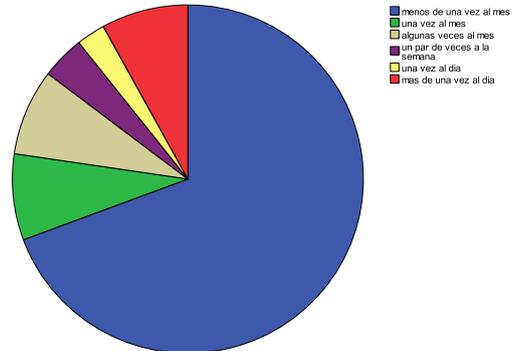
¿con que frecuencia usted mira o escucha programas religiosos en la television o radio?



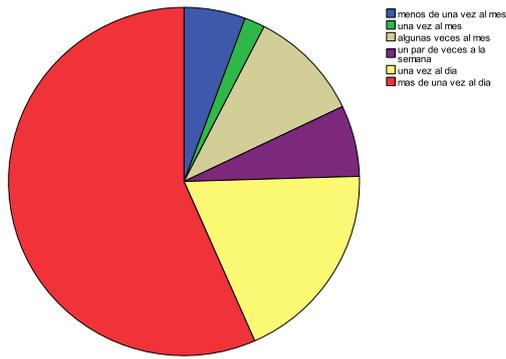
¿con que frecuencia lee la Biblia u otra literatura religiosa?



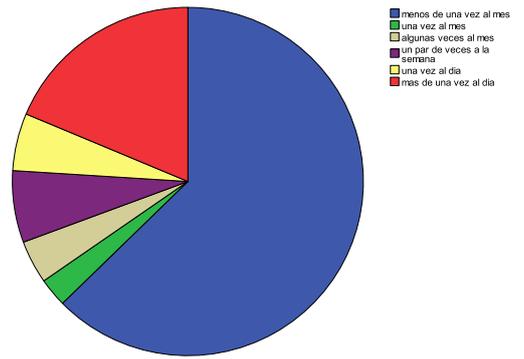
¿con que frecuencia lee la Biblia u otra literatura religiosa?



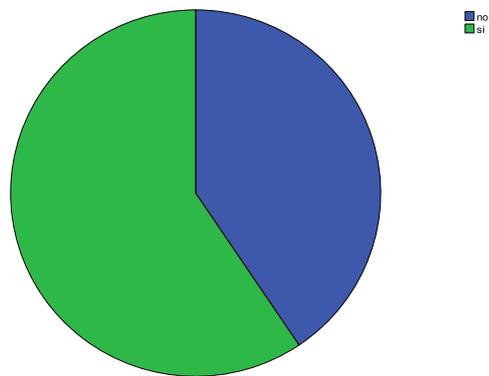
¿con que frecuencia dijo oraciones o dio gracias antes o despues de las comidas en su casa?



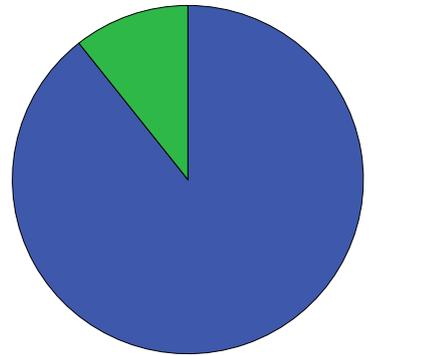
¿con que frecuencia dijo oraciones o dio gracias antes o despues de las comidas en su casa?



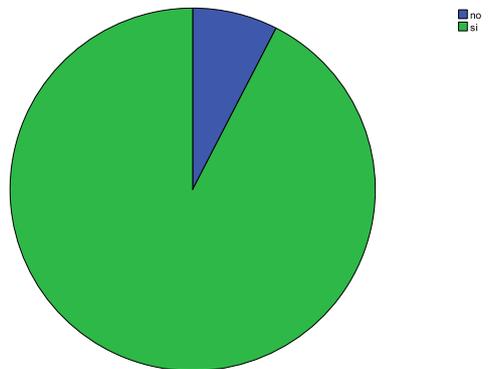
¿Ocupa algun cargo o responsabilidad en la institucion religiosa a la que asiste?



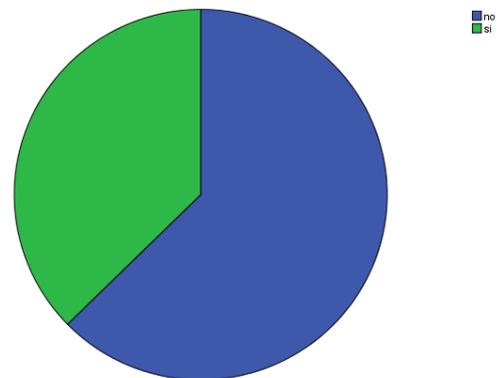
¿Ocupa algun cargo o responsabilidad en la institucion religiosa a la que asiste?



¿Alguien de su entorno mas cercano participa del culto que profesa?



¿Alguien de su entorno mas cercano participa del culto que profesa?



REFERENCIAS

Alderete, A., Plaza, S. y Berra, C. (2004). "Modelo económico: Trabajo, vulnerabilidad y malestar psicológico. Temas de ciencia y tecnología Notas". Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Tecnología.

Alper, M. (2008). *The " God" part of the brain: A scientific interpretation of human spirituality and God*. Sourcebooks, Inc..

Barbosa, R. (2012). "Religiosidad/espiritualidad y comportamientos resilientes". IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., y Cella, D. (1999). "A case for including spirituality in quality of life measurement in Oncology". *Psycho oncology*, 8 (5), 417-428.

Carl Pieper, D. P. H., Meador, K. G., & Sheip, F. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 1(49), 1-2.

Crane, S., Diaz, J. E., (1992) "Lecciones para nuevos creyentes". Casa bautista de publicaciones. Estados Unidos.

Danah, Z., & Ian, M. (2001). "Inteligencia Espiritual". *Barcelona España. Plaza & Janés Editores. SA*.

Ellinson, C. (1983). "Spiritual well-bein: Conceptualization and measurement". *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.

Engler, B. (2001). *"Introducción a las teorías de la personalidad"*. ed. mcgraw-hill / Interamericana de México. Mexico.

Espíndola Hernández, J. G., Morales-Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., ... & Ibarra, A. C. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y reproducción humana*, 20(4), 112-122.

Esquivel, J. (2001). *Creencias y religiones en el Gran Buenos Aires: El caso de Quilmes*. Universidad Nacional de Quilmes.

Esquivel, J. C., Mallimaci, F., (2015, lunes 29 de junio) "Las cifras de la religion". *La Nación*. Recuperado el 3 de febrero del 2017 de [HTTP://WWW.LANACION.COM.AR/1805796-LAS-CIFRAS-DE-LA-RELIGION](http://www.lanacion.com.ar/1805796-las-cifras-de-la-religion)

Faller, G. (2001). "Psychology versus religion". *Journal of Pastoral Counseling*, 36, 21.

Fernández, M. I. R. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología?. *Psiquiatría.com*, 15.

Francis, L. J., & Jackson, C. J. (2003). Eysenck's dimensional model of personality and religion: Are religious people more neurotic?. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 87-100.

Frankl, V. (1999). *"El hombre en busca de sentido último"*. (I. Custodio, Trad.).

Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Exposición a la violencia entre los padres, prácticas de crianza y malestar psicológico a largo plazo de los hijos. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 121-130.

García Jiménez, E. (2007). "El fenómeno religioso. Presencia de la religión y de la religiosidad en las sociedades avanzadas". *II Jornadas de sociología*.

Gastaud, M. B., Souza, L. D. D. M., Braga, L., Horta, C. L., Oliveira, F. D., Sousa, P. L. R., & Silva, R. D. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 28(1), 12-8.

Gómez, M., (s. f). "La Meditación". recuperado de <https://e625.com/la-meditacion/>

González - Garza, A. M., (1995). "De la sombra a la luz", JUS – UIA, México,.

González, R. L. (2010). *"Espiritualidad: un abordaje interdisciplinario"*. Producto derivado de la tesis de Maestría titulada "La Conciencia Corporal, una puerta a a la espiritualidad", Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, México.

González, T. (2004). "Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 7 (2), 19-29. Recuperado el 23 de Febrero de 2017 de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/.../vol7no2art2.pdf

Grüm, A.,(2006). *“La salud como tarea espiritual: Actitudes para encontrar un nuevo gusto por la vida (Vol. 198). Narcea Ediciones*

Herrera, L. M., & Rivera, M. S. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares”. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 55-64.

Instituto de Estadísticas y Censo (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001. Recuperado de: <http://www.indec.mecon.ar/default.htm>.

Juby, C. y Rycraft, J. (2004). “Family Preservation Strategies for Families in Poverty”. *Families in Society*.85(4), 581–587.

Jung, C. G. (1998). “Psicología y religión”. 5ª reimpresión

Koenig, H. (2008). “Concerns about measuring “Spirituality” in research”. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349-355. Recuperado el 13 de abril de 2017 de http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2008/05000/Concerns_About_Measuring__Spirituality__in.1.aspx

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. D., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ... & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.

Lascano, G. G., & Coppolillo, F. (2010). Adaptación transcultural y validación en Argentina de un cuestionario para medir el bienestar espiritual. *Archivos de Medicina Familiar Y General*, 7(7), 10-15.

Lemos, R; (2010) *“Espiritualidad: un abordaje interdisciplinario”*. Producto derivado de la tesis de Maestría titulada “La Conciencia Corporal, una puerta a la espiritualidad”, Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, México.

Lorenzo, M. (2012, 17 de febrero). *“La religiosidad podría reducir la hipertensión, según un estudio”*. ForumLibertas.com Diario digital– Sociedad. Recuperado el 21 de marzo del 2017 de http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=22168&id_seccion=8

Mafla Terán, N. (2013). Función de la religión en la vida de las personas según la psicología de la religión. *Theologica Xaveriana*, 63 (176), 429-459

Martínez Martí, M. L.; (2006). "El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva". **Clínica y Salud**, Sin mes, 245-258.

Martínez, Y.; (2010, 23 de marzo) "El cerebro es el creador y beneficiario de la religiosidad". Tendencias21.com Diario Digital - Tendencias de las religiones. Recuperado el 3 de febrero del 2017 de http://www.tendencias21.net/El-cerebro-es-el-creador-y-beneficiario-de-la-religiosidad_a4241.html

Maton & Wells (1995) "Religion as Community Resource for well being, Prevention, Healing and Empowerment Pathways." *Journal for Social Issues*. Vol. 51 (2), 177- 193.

Meraviglia, M. G. (2004, January). The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. In *Oncology nursing forum*, 31, (1).

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. "Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en argentina. año 2010". Dirección nacional de salud mental y adicciones. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-estimacion-de-la-poblacion-afectada.pdf>

Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Nogueira M. J. (2015). "La Espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico". *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1 (2), 33-50.

Outlaw, G., (S. F) "Meditación Cristiana". Recuperado el 21 de octubre de 2017 de <https://www.allaboutgod.com/spanish/meditacion-cristiana.htm>

Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2002). *Health in the Americas* (Vol. 1). Pan American Health Org.

Pérez, A., Sandino, C. & Gómez, V. (2005). "Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio". *Suma psicológica*, 12 (1), 77-86.

Pichardo, M. A. S., Miranda, M. Á. D. L., & Reyes Reyes, V. (2013). "Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado". *Alternativas en Psicología*, 17(28), 41-48.

Pinto, N. (2007). "Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica". *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.9 (1), 20-35.

Quiceno, J; Vinaccia, S. (2009). "La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad". *Diversitas*, 5 (2), 321-336.

religiones en el Gran Buenos Aires: El caso de Quilmes". Bernal: Universidad

Rivera Ledesma, A., & Montero López Lena, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de psicología*, 23(1).

Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org

Rodríguez, M., Fernández, M. L., Pérez, M. L., Noriega, R., (2011) "Espiritualidad variable asociada a la resiliencia". *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 24-49

Ropero, A. (2017). "Historia de la reforma, el origen". Sociedad Bíblica Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Salgado, A. (2014). "Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*", 2(1), 121-159.

Sánchez, B. (2009). "Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas". *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII (1), 86-95.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2). Sevilla. España.

Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and therapy*, 40(7), 813-823.

Sohr, O., Riera, A., (2013). recuperado el 3 de febrero del 2017 de <http://chequeado.com/el-explicador/los-numeros-de-los-catolicos-en-el-pais-del-papa/>

Terán, N. M.; (2013). "Función de la religión en la vida de las personas". *Theologica Xaveriana*, 63 (176), 429-459.

Valiente-Barroso, C., (2013), "Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia". *Revista de Historia de la Psicología*, 34 (4), 67- 88.

Valiente-Barroso, C., García-García E. (2010) "La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica". *Psicogeriatría*, 2 (3): 153-165.

Van Belzen, J. A. (2006). "Cultural psychology of religion: perspectives, challenges, possibilities. Religione: Cultura, mente e cervello". *Nuove prospettive in psicologia della religione*. p. 22-57.

Vanistendael, S. (2003). "*Resiliencia y espiritualidad. El realismo de la fe*". Ginebra, Suiza: Oficina Internacional Católica de la Infancia.

Whetsell, M. V., Frederickson, K., Aguilera, P., & Maya, J. L. (2005). Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichan*, 5(1), 72-85.

Wilber, K. (2007). *Integral spirituality: A startling new role for religion in the modern and postmodern world*. Shambhala Publications.

World Health Organization. (2000). International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78(4), 413-426.

Wynarczyk, H. (1998). Los evangélicos en la sociedad argentina. Recuperado el 19 de septiembre de 2017 de <http://www.prolades.com/cra/regions/sam/arg/capitulo10-evangelicos.pdf>

Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-206.

Yoffe, L. (2012). "Efectos positivos de las prácticas religiosas /espirituales en el duelo". *Avances en Psicología*, 20 (1), 9-30.